EB30-N-20.008

MINISTÉRIO DA DEFESA

EXÉRCITO BRASILEIRO

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

NORMAS TÉCNICAS SOBRE PERÍCIAS MÉDICAS NO EXÉRCITO

1ª Edição

2017

ÍNDICE DE ASSUNTOS

Pag

VOLUME VI - DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS LEGAIS

VOLUME VII - DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

VOLUME VIII - DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA FINS ADMINISTRATIVOS

VOLUME IX - DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES ESPECIAIS

VOLUME X - DOS DOCUMENTOS SANITÁRIOS DE ORIGEM E DA VERIFICAÇÃO DE NEXO CAUSAL

VOLUME XI - DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

VOLUME XII - DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA TÉRMINO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DE RESTRIÇÕES

VOLUME XIII - DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA FIM DO SERVIÇO MILITAR, OBRIGATÓRIO OU VOLUNTÁRIO (art. 52 do Dec 57.654, de 20 JAN 1966 - RLSM) – INGRESSO OU SAÍDA DO SERVIÇO MILITAR

VOLUME XIV - DOENCAS ESPECIFICADAS EM LEI

VOLUME XV - PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA HOMOLOGAÇÃO, RECONCIDERAÇÃO, REESTUDO E INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE RECURSO E REVISÃO

VOLUME XVI - DISPOSIÇÕES FINAIS

ANEXOS

VOLUME I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 FINALIDADE

A presente publicação visa orientar técnica e administrativamente os integrantes do Sistema de Perícias Médicas do Exército (SPMEx), e estabelecer procedimentos a serem observados pelo Agente Médico-Pericial (AMP) na execução de suas atividades.

1.2 PREMISSAS BÁSICAS

1.2.1 A atividade médico-pericial no Exército abrange a emissão de Parecer Técnico (PT) conclusivo na avaliação da capacidade laborativa e na concessão de benefícios indenizatórios e assistenciais, com previsão em leis e nos regulamentos militares.

1.2.2 A execução do ato médico-pericial está a cargo do militar médico e do servidor público médico, integrantes do SPMEx, recebendo a denominação de Agente Médico-Pericial (AMP). Pode atuar isoladamente ou integrando uma Junta de Inspeção de Saúde (JIS).

1.2.3 Cabe ao Inspetor de Saúde de Região Militar (Insp Sau/RM) e ao Chefe de Seção de Saúde Regional (Ch SSR) supervisionar o trabalho do AMP em sua área de atuação.

1.2.4 No pronunciamento sobre matéria médico-pericial, o AMP responde aos quesitos estabelecidos por dispositivos legais ou solicitados por autoridade competente, emitindo o competente PT consignado em Ata de Inspeção de Saúde.

1.2.5 O ato médico-pericial implica em manifestação de natureza médico-legal destinada a produzir efeito no campo administrativo, passível de contestação por reconsideração, recurso ou revisão, atendendo ao princípio da ampla defesa e do contraditório.

1.3 APLICAÇÃO

As presentes Normas, de atendimento obrigatório, aplicam-se às diversas categorias de inspecionados listados nas Instruções Gerais para as Perícias Médicas no Exército (IGPMEx).

1.4 CONCEITUAÇÃO

1.4.1 AGENTE MÉDICO-PERICIAL (AMP) **-** militar ou servidor público da área médica, legalmente habilitado junto ao Conselho da Classe, nomeado por autoridade competente para executar o ato médico-pericial, isoladamente ou integrando uma JIS.

1.4.2 ASSISTENTE TÉCNICO **-** é o médico designado pela Força para representá-la em perícia judicial relacionada com a atividade médico-pericial, gozando da confiança da Instituição e agindo com zelo e ética na defesa da Administração Militar.

a. Deve proceder a uma acurada análise dos quesitos apresentados, pronunciando-se de modo o mais completo possível.

b. O Laudo Pericial do Médico Assistente deve ser redigido com clareza, baseando suas respostas na documentação nosológica disponibilizada e nos conhecimentos da medicina atual.

1.4.3 COMUNICAÇÃO DE INSPEÇÃO **-** documento oficial exarado por AMP informando a data da realização da Inspeção de Saúde (IS). Deve ser de conhecimento da administração, do inspecionado e/ou de seu representante legal.

1.4.4 CONFERÊNCIA MÉDICA - reunião de três ou mais médicos especialistas para apreciar e debater sobre a condição nosológica específica de determinado paciente, incluindo o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico da patologia encontrada, com a finalidade de esclarecer e subsidiar o parecer médico-pericial a ser prolatado por AMP.

1.4.5 CONVOCAÇÃO - ato pelo qual os brasileiros são chamados para a prestação do Serviço Militar, quer inicial, quer sob outra forma ou fase, conforme previsto no art. 117 do Decreto nº 57.654 de 20 de janeiro de 1966.

1.4.6 CONVOCAÇÃO PARA INSPEÇÃO DE SAÚDE - documento oficial emitido pelo SPMEx convocando o interessado para submeter-se a IS, em data e hora determinadas. Interessa à administração, ao inspecionado e/ou seu representante legal.

1.4.7 DEPENDENTE - pessoa cuja condição de dependência legal está prevista no Estatuto dos Militares ou em outros instrumentos que a lei indicar.

1.4.8 DESINCORPORAÇÃO - ato de exclusão do militar do serviço ativo de uma Força Armada (FA).

1.4.9 DESLIGAMENTO - ato de desvinculação do militar de Organização Militar (OM).

1.4.10 ENCOSTAMENTO - ato de manutenção do convocado, voluntário, reservista, desincorporado, insubmisso ou desertor na Organização Militar, para fins específicos, declarados no ato (alimentação, pousada, justiça, tratamento de saúde, etc.).

1.4.11 ENGAJAMENTO - prorrogação voluntária do tempo de serviço do incorporado.

1.4.12 EXCLUSÃO - ato pelo qual o militar deixa de integrar uma OM.

1.4.13 HOMOLOGAÇÃO - ato legal previsto na legislação médico-pericial com a finalidade de aprovar e ratificar os pareceres exarados por AMP. A homologação final do ato médico-pericial no âmbito do Exército é de responsabilidade de oficial-general médico, podendo ser delegada a oficial superior médico.

1.4.14 INCAPACIDADE - é a perda temporária ou definitiva pelo inspecionado da capacidade laboral em decorrência das repercussões clínicas de determinada patologia.

1.4.15 INCAPACIDADE PARA O SERVIÇO NO EXÉRCITO - é a perda temporária ou definitiva pelo militar da capacidade laboral para serviço ativo no Exército. Diferencia-se da invalidez, que gera a incapacidade laboral tanto no Exército como no meio civil.

1.4.16 INCLUSÃO - ato pelo qual o convocado, voluntário ou reservista, passa a integrar uma OM.

1.4.17 INCORPORAÇÃO - ato de inclusão do convocado ou voluntário em OM da Ativa.

1.4.18 ISENTO DO SERVIÇO MILITAR - brasileiro que, por sua condição moral (em tempo de paz), física ou mental, é dispensado das obrigações do Serviço Militar, em caráter permanente ou enquanto persistir essa condição.

1.4.19 INSPEÇÃO DE SAÚDE - perícia médica realizada por AMP e por determinação formal de autoridade competente, com finalidade específica definida nestas Normas.

1.4.20 INVALIDEZ - é a perda definitiva pelo inspecionado das condições mínimas de saúde para o exercício de qualquer atividade laboral formal, no âmbito civil e militar. A incapacidade para o serviço ativo no Exército não se equipara a invalidez.

1.4.21 LAUDO MÉDICO-PERICIAL - é representado pela Cópia da Ata de Inspeção de Saúde (CAIS), extraída do Livro-Registro de Atas de Inspeção de Saúde, sendo a peça

médico-legal básica constitutiva dos atos e processos periciais, devendo sempre conter o parecer conclusivo e, quando previsto em lei, o diagnóstico completo.

1.4.22 LAUDO MÉDICO ESPECIALIZADO - Laudo emitido por médico especialista civil ou militar que assessora o AMP na emissão de parecer médico-pericial.

1.4.23 LAUDO MÉDICO OFICIAL - Laudo Médico emitido por perito oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

1.4.24 LICENCIAMENTO - ato de exclusão do militar do serviço ativo de uma FA, após o término do tempo de Serviço Militar, com a sua inclusão na reserva não-remunerada.

1.4.25 MATRÍCULA - ato de admissão do convocado ou voluntário em Órgão de Formação da Reserva, bem como em certas Organizações Militares da Ativa - Escola, Centro ou Curso de Formação.

1.4.26 MILITAR - membro das FA que, em razão de sua destinação constitucional, forma uma categoria especial de servidor da Pátria.

1.4.27 MILITAR TEMPORÁRIO - militar incorporado às FA para a prestação do Serviço Militar, nas modalidades e prazos previstos na legislação.

1.4.28 PROMOÇÃO - ato pelo qual o militar tem acesso aos postos e/ou graduações na hierarquia militar.

1.4.29 PENSÃO - proventos percebidos pelo dependente de militar, de servidor público, de ex-combatente ou de anistiado político falecidos ou assim considerados.

1.4.30 PENSIONISTA - beneficiário de pensão de militar, de servidor público, de ex-combatente ou de anistiado político falecidos ou assim considerados.

1.4.31 QUESITO MÉDICO-LEGAL - indagação feita pela autoridade ou prevista pela Lei, que deve ser respondida por AMP.

1.4.32 RECONSIDERAÇÃO - instrumento que faculta ao inspecionado ou à administração requerer a reavaliação do parecer prolatado por AMP de 1ª instância que o prolatou.

1.4.33 RECURSO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE - instrumento que faculta ao inspecionado ou à administração militar, quando discordar de parecer exarado por AMP de 1ª instância, requerer a realização de Inspeção de Saúde em Grau de Recurso (ISGRcs) com a mesma finalidade, por Junta de Inspeção de Saúde de Recurso (JISR).

1.4.34 REENGAJAMENTO - prorrogação do tempo de Serviço Militar, uma vez terminado o engajamento.

1.4.35 REESTUDO - é a ação que visa a correção de erro formal constante de CAIS e de responsabilidade do AMP que prolatou o parecer, não podendo produzir mudança quanto ao mérito. Havendo discordância quanto ao mérito, cabe a reconsideração ou o recurso.

1.4.36 REINCORPORAÇÃO - ato de reinclusão do reservista ou isento, em determinadas condições, em OM da Ativa, bem como em certos Órgãos de Formação de Reserva.

1.4.37 REVERSÃO - ato pelo qual o militar agregado retorna ao respectivo Corpo, Quadro, Arma ou Serviço, tão logo cesse o motivo que determinou a sua agregação.

1.4.38 REVISÃO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE - instrumento que faculta ao inspecionado ou à administração militar, quando discordar de parecer exarado por AMP de 2ª instância, requerer a realização de Inspeção de Saúde em Grau Revisional (ISGRev) com a mesma finalidade, por Junta de Inspeção de Saúde Revisional (JISRev).

1.4.39 SERVIDOR PÚBLICO - servidor público da União, lotado e em exercício no Comando do Exército, que ocupa cargo efetivo ou em comissão.

1.5 O AGENTE MÉDICO-PERICIAL (AMP)

1.5.1 O AMP E SUA RELAÇÃO COM O INSPECIONADO

a. Há que se distinguir a posição do médico assistente - que examina a pessoa com o objetivo de tratá-la e a do AMP - que examina na qualidade de perito médico.

b. Enquanto o paciente escolhe seu médico livre e espontaneamente, o inspecionando, ao contrário, é encaminhado por autoridade competente a comparecer diante de um perito ou junta de peritos para verificar se o seu estado de saúde, as sequelas da sua doença ou lesão e o comprometimento de sua capacidade laboral são enquadrados pela legislação, com vistas à obtenção de um direito.

c. O paciente tem todo o interesse de informar ao seu médico-assistente sobre os seus sintomas e como surgiram, tendo a convicção de que somente assim o médico poderá chegar a um diagnóstico correto e ao tratamento adequado.

d. O mesmo, na maioria das vezes, não ocorre nas perícias. Nestas, o inspecionando busca um resultado que lhe seja favorável. Para tanto, presta somente as informações que possam conduzir ao resultado pretendido, sendo usual a omissão e a distorção de fatos ou sintomas importantes para a conclusão pericial.

e. O AMP deve ser neutro para julgar os fatos e ter como norte o que prescreve a lei. Isso não significa falta de cortesia, atenção ou tratamento educado por parte do perito.

1.5.2 O AMP E SUA RELAÇÃO COM A INSTITUIÇÃO (EB)

a. O AMP atua em função do interesse público, que é o da lei.

b. O AMP tem a obrigação de comunicar aos setores próprios da instituição as informações necessárias que permitam a aplicação da legislação pertinente.

c. O AMP deve dedicar-se exclusivamente à atividade médico-pericial nos dias e horários previstos em Boletim Interno (BI) da OM, bem como observar as recomendações constantes do Código de Ética Médica vigente no Brasil.

1.5.3 COMPORTAMENTO DESEJÁVEL DO AMP

Dadas as considerações anteriores sobre a relação AMP e inspecionando, é desejável o seguinte comportamento:

1) Evitar conclusões intuitivas e precipitadas.
2) Falar pouco e em tom sério.
3) Ser modesto e ter pouca vaidade.
4) Manter o segredo exigido.
5) Ter autoridade para ser acreditado.
6) Ser livre para agir com isenção.
7) Não aceitar a intromissão de terceiros.
8) Ser honesto e ter vida pessoal correta.
9) Ter coragem e serenidade para decidir.
10) Ter competência profissional para ser respeitado.

1.6 AGENTES DE EXECUÇÃO DA ATIVIDADE MÉDICO PERICIAL

1.6.1 MÉDICO PERITO DE ORGANIZAÇÃO MILITAR (MPOM)

1.6.1.1 DESCRIÇÃO

a. O MPOM é o AMP de caráter permanente da OM, podendo ser exercido por oficial médico de carreira ou temporário, nomeado em Boletim Interno da OM a que está subordinado.

b. O MPOM poderá ser oficial médico de outra Força Armada ou Servidor Público (SP) médico das FA, quando não houver na OM oficial médico do Exército.

1.6.1.2 ATRIBUIÇÕES:

1.6.1.2.1 Realizar inspeções de saúde para as seguintes finalidades:

a. Controle Periódico de Saúde do Pessoal Militar e Servidor Público (quando autorizado pelo MPOG);

b. Verificação da Capacidade Laborativa;

c. Constatação de Gravidez

d. Concessão de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP) e suas prorrogações, até o máximo de trinta dias, consecutivos ou não, por ano de instrução;

e. Concessão de Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF) e suas prorrogações, até o máximo de trinta dias, consecutivos ou não, por ano de instrução;

f. Verificação da necessidade de aplicação de Teste de Aptidão Física (TAF) alternativo;

g. Término de incapacidade temporária e de recomendações de militares (se a incapacidade ou recomendações anteriores for inferior ao período de 30 dias);

h. Justiça e disciplina, em caráter excepcional, conforme o subitem 5.1.2.1.3 destas Normas;

i. Permanência ou saída do serviço ativo de militar temporário; e

j. Tratamento ou avaliação de tratamento de ex-militares encostados, a critério da RM.

1.6.1.2.2 As inspeções de saúde de militares portadores de Documento Sanitário de Origem (DSO) poderão ser realizadas por MPOM, a critério da autoridade que determinar a inspeção.

1.6.1.2.3 O MPOM poderá, mediante justificativa, encaminhar outros casos para IS por Médico Perito de Guarnição (MPGu).

1.6.1.2.4 Não é atribuição funcional do MPOM emitir parecer de incapacidade definitiva para o serviço do Exército ou “INCAPAZ C”, de incapacidade temporária cuja recuperação do inspecionado demande mais de 01 (um) ano (ou “INCAPAZ B2”) e de invalidez para o serviço público em geral.

1.6.1.2.5 Os pareceres passíveis de serem exarados pelo MPOM são os de Apto para o serviço do Exército (ou “APTO A”), incapaz temporariamente para o serviço do Exército cuja recuperação demande um tempo inferior a 01 (um) ano (ou “INCAPAZ B1”) e, para Servidor Público, incapaz temporariamente para o exercício de suas funções, com prazo de recuperação também previsto para menos de 01 (um) ano.

1.6.1.2.6 Ocorrendo as situações contidas no item 1.6.1.2.4, o MPOM, o Encarregado do Setor de Pessoal da OM e a SSR (auditoria on-line) devem estar atentos para encaminharem esses inspecionados para perícia médica por MPGu. A D Sau deve diligenciar junto ao Setor de Informática para não permitir a emissão desses pareceres por MPOM.

1.6.2 MÉDICO PERITO DE GUARNIÇÃO (MPGu)

1.6.2.1 DESCRIÇÃO

a. O MPGu é o AMP de caráter permanente da Guarnição Militar, cuja atividade será exercida por militar médico de carreira do Exército, preferencialmente integrante de Centro de Perícias Médicas ou de Organização Militar de Saúde (OMS), designado em Boletim Regional pelo Comandante da Região Militar a quem estiver jurisdicionada a Guarnição Militar. O MPGu exercerá a atividade pericial nas instalações de Centro de Perícias Médicas ou em OMS, com recursos fornecidos pelo seu Chefe ou Diretor.

b. Nas guarnições que não possuam Centro de Perícias Médicas ou OMS, o oficial médico de carreira de uma OM da guarnição poderá ser nomeado MPGu pelo Comandante da RM a que estiver jurisdicionado.

c. O Comandante da Região Militar, considerando a demanda, poderá nomear mais de um MPGu na mesma guarnição, os quais podem utilizar as mesmas instalações ou não, podendo também atuar em horários concomitantes ou não.

d. Em situações especiais, mediante solicitação justificada do Comandante da Guarnição Militar à Região Militar, o MPGu poderá atuar nas instalações de uma OM, mesmo a guarnição possuindo OMS.

1.6.2.2 ATRIBUIÇÕES

a. Ao MPGu compete inspecionar militares e civis encaminhados por autoridade competente para todas as finalidades previstas nestas Normas.

b. No caso de militares que exerçam atividades de aviação, as IS serão realizadas por MPGu preferencialmente servindo em OM de Aviação do Exército, desde que possua a qualificação em Medicina Aeroespacial.

1.6.3 JUNTA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE ESPECIAL (JISE)

1.6.3.1 DESCRIÇÃO

a. A JISE é o AMP constituído pela reunião formal de 03 (três) ou mais militares médicos ou SP médicos do EB, com número impar de integrantes, sendo o número de militares de carreira superior aos de militares temporários e civis, designados em Boletim Regional pelo Comandante da Região Militar, para exercerem, em caráter temporário e em grupo, funções periciais especificadas no Boletim de designação.

b. A presidência da JISE é privativa de Oficial Médico de Carreira, sendo na sucessão hierárquica, os demais integrantes designados Membros e o Oficial Médico de carreira de menor hierarquia designado como Secretário.

c. Na falta de número suficiente de militares médicos do Exército para compor a JISE, pode ser incluído militar médico de outra FA ou SP médico, cabendo a Presidência sempre a um oficial médico do Exército.

d. A JISE funcionará em OMS vinculada às Regiões Militares, podendo, a critério do Comando da RM, funcionar em outros locais, satisfeitas as condições para seu funcionamento.

e. A JISE deverá funcionar com a presença da totalidade de seus componentes e as decisões serão tomadas por maioria de votos, pronunciando-se o Presidente por último. Se algum integrante não concordar com o parecer, poderá declarar voto vencido, que será justificado no LIVRO REGISTRO DE AIS no local destinado às considerações finais da JISE. Na CAIS, ao lado do nome do integrante que discordou do parecer, será lançada, entre parênteses, a expressão “voto vencido”.

1.6.3.2 ATRIBUIÇÕES

A JISE é o AMP destinado a efetuar IS específicas, definidas pela autoridade competente que determinou sua instalação.

1.6.4 JUNTA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DE RECURSOS (JISR)

1.6.4.1 DESCRIÇÃO

a. A JISR é a reunião formal de três (03) médicos militares ou civis do EB, sendo no mínimo dois (2) militares de carreira, designados em Boletim Regional pelo Comandante da Região Militar, para exercerem em caráter permanente e em grupo, determinadas funções periciais. A presidência da JISR é privativa de Oficial Médico de Carreira em Serviço Ativo. O Oficial Médico de Carreira de menor hierarquia será designado Secretário.

b. Na falta de número suficiente de médicos do EB para compor a JISR, poderá ser incluído um médico militar de outra Força Armada. Os médicos de outras Forças e civis somente poderão atuar como membros.

c. A JISR funcionará nos Hospitais Militares de Área ou Hospitais Gerais vinculados às Regiões Militares, podendo, a critério do Comando da RM, funcionar em Hospitais de Guarnição e outras instalações que apresentem condições para o exercício das atividades médico-periciais.

d. Os integrantes de uma JISR não podem participar, simultaneamente, de outras juntas, ou atuarem como MPOM e MPGu.

e. As decisões da JISR serão tomadas por maioria de votos, pronunciando-se o Presidente por último. Se algum integrante não concordar com o parecer poderá declarar voto vencido, que será justificado no LIVRO REGISTRO DE IS no local destinado às considerações finais da JISR. Na cópia de ata de IS, ao lado do nome do integrante que discordou do parecer, será lançada, entre parêntesis, a expressão “voto vencido”.

1.6.4.2 ATRIBUIÇÕES

1.6.4.2.1 À JISR compete:

a. proceder inspeções de saúde em grau de recurso de IS realizada, em primeira instância, por MPOM, MPGu ou JISE, por requerimento fundamentado do inspecionado ou da administração militar; e

b. homologar as IS realizadas pelos AMP quando determinado por autoridades competentes e/ou previstas nos dispositivos legais.

1.6.4.2.2 A inspeção de saúde recursal de IS realizada em primeira instância para atividade de aviação basear-se-á obrigatoriamente em laudo especializado solicitado pela própria JISR e emitido por especialista em Medicina de Aviação, sem qualquer participação na inspeção recorrida.

1.6.5 JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE REVISIONAL (JISRev)

1.6.5.1 DESCRIÇÃO

a. A JISRev é a reunião formal de 03 (três) ou mais médicos militares ou civis do EB, sendo o número de militares de carreira maior que os demais, nomeados em Boletim do DGP, por proposta da D Sau, para exercerem, funções periciais especificadas no boletim de nomeação.

b. A presidência das JISRev é privativa de Oficial Médico de Carreira em serviço ativo, da Diretoria de Saúde.

c. As JISRev funcionarão em local a ser designado no boletim de nomeação.

d. Os integrantes de uma JISRev não podem ter atuado como AMP, médico assistente ou emitido laudo especializado no processo a ser julgado.

1.6.5.1.1 As decisões das JISRev serão tomadas por maioria de votos, pronunciando-se o Presidente por último. Se algum componente não concordar com o laudo poderá declarar voto vencido, que será justificado no LIVRO REGISTRO DE IS no local destinado às considerações finais da JISRev. Na cópia de ata de IS, ao lado do nome do integrante que discordou do parecer, será lançada, entre parêntesis, a expressão “voto vencido”.

1.6.5.2 ATRIBUIÇÕES

1.6.5.2.1 À JISRev compete proceder a inspeções de saúde em grau revisional, de IS realizada em segunda instância pela JISR, por requerimento fundamentado do inspecionado ou da administração militar.

1.6.5.2.2 A inspeção de saúde recursal, de IS realizada em segunda instância, para atividade de aviação será realizada por JISRev que tenha em sua composição especialista em Medicina Aeroespacial, não podendo ser aquele que tenha atuado, anteriormente, como MPGu ou integrando JISR.

1.7 EXAME MÉDICO PERICIAL E SUAS CARACTERÍSTICAS

a. Exame a que o inspecionado submete-se em cumprimento a normas legais ou para o esclarecimento a uma autoridade competente.

b. O AMP, no ato da perícia médica, tem compromisso com os fatos observados incluindo a documentação nosológica e o exame físico realizado.

c. A forma de registro dos dados observados no exame difere do exame médico assistencial, uma vez que toda perícia tem um objetivo específico e os dados de interesse são aqueles que atendem a esse objetivo.

d. Quanto ao resultado, diferentemente do exame assistencial, será público, com nível de publicidade diverso, dependendo do tipo e finalidade da perícia realizada.

e. Em medicina assistencial a pessoa é chamada de paciente. Em perícia médica a pessoa é chamada de inspecionado ou periciado (inspecionando ou periciando, dependendo do momento do relato da perícia).

f. O inspecionado, dependendo da percepção do risco de não obter algo que deseja ou que considera ser direito seu, pode tentar uma interferência ativa no exame, escondendo dados ou fatos, falseando ou inventando queixas, desenvolvendo quadros na forma que imagina serem suficientes para garantir o que deseja. É uma característica do exame pericial a desconfiança e a resistência por parte do periciado. O médico, em lugar de se irritar ou incomodar-se com esse fato, deve saber se utilizar dessa característica do comportamento do inspecionando para obter informações que lhe sejam relevantes.

1.7.1 DESTINO DO RESULTADO DO EXAME MÉDICO-PERICIAL

Os destinos do resultado do exame médico-pericial são autoridades administrativas e/ou judiciais, com a finalidade de prestar esclarecimento sobre assunto afeto à área médica, visando subsidiar tais decisões.

1.8 DAS FINALIDADES

1.8.1 A inspeção de saúde tem por finalidade avaliar o estado de saúde físico e mental do inspecionado, a fim de emitir parecer que subsidie decisão sobre direito pleiteado ou situação apresentada por autoridade competente.

1.8.2 As finalidades das inspeções de saúde são aquelas constantes dos diversos Volumes destas Normas.

1.9 DA VALIDADE DAS INSPEÇÕES

As inspeções de saúde terão seu prazo de validade estabelecido conforme a finalidade e estão definidas no Anexo A.

1.10 DO ENCAMINHAMENTO, IDENTIFICAÇÃO E CONVOCAÇÃO

1.10.1 DO ENCAMINHAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DO INSPECIONADO

1.10.1.1 O encaminhamento para Inspeção de Saúde (IS) far-se-á, obrigatoriamente, mediante Documento Interno do Exército (DIEx) emitido pelos Comandantes/Chefes/Diretores das OM de subordinação ou vinculação do inspecionado ou seu representante legal, contendo os seguintes dados, pertinentes a cada categoria de inspecionado:

a. Finalidade da Inspeção;

b. Identificação do Inspecionado:

1) Nome;
2) Nome Social, se for o caso;
3) Nº da Identidade;
4) Endereço;
5) Nº do CPF;
6) Prec CP;
7) Data de Nascimento;
8) Filiação; e
9) Endereço eletrônico (facultativo).

c. Situação Funcional:

1) Categoria do inspecionado;
2) Posto/Graduação;
3) Data de Praça;
4) Data da Última Promoção;
5) Data Provável do Licenciamento ou Término do Reengajamento;
6) Início/ Término de LTS; e
7) Função exercida.

1.10.1.2 Os militares e servidores públicos na ativa que necessitarem de inspeção de saúde deverão ser encaminhados, obrigatoriamente, ao AMP mais próximo do local onde estiverem servindo.

1.10.1.3 Os militares e servidores públicos na inatividade, os pensionistas e dependentes serão encaminhados ao AMP mais próximo de sua residência.

1.10.1.4 Caberá a realização do ato médico-pericial no local em que se encontrar o inspecionando, quando este estiver impossibilitado de se locomover.

1.10.1.5 Cabe ao comandante da Região Militar a autorização e demais providências necessárias para viabilizar o deslocamento de AMP para uma guarnição fora de sua sede, para a realização de inspeção de saúde.

1.10.1.6 O encaminhamento para IS de inspecionado residente fora da guarnição sede do AMP é de competência do Cmt da Gu de origem do inspecionado e do Cmt de RM, nas guarnições sede de RM, devendo ser observado o contido nas IRPMEx.

1.10.1.7 O modelo de DIEx de apresentação é o constante do Anexo B destas Normas.

1.10.2 DA CONVOCAÇÃO

1.10.2.1 A convocação do inspecionando será realizada mediante DIEx ou ofício, de acordo com o modelo previsto no Anexo C destas Normas, que poderá ser entregue pessoalmente, com registro de recebimento de próprio punho pelo inspecionado/representante legal ou mediante uso da via postal, com Aviso de Recebimento (AR). Em ambos os casos deverá conter os seguintes dados:

a. Identificação do AMP;

b. Local e horário de funcionamento do AMP;

c. Data do agendamento do atendimento;

d. Endereço completo e telefone de contato do AMP; e

e. Outras informações julgadas necessárias pelo AMP, tais como tipo de documentação médica a ser portada.

1.10.2.2 O documento de convocação deve ser expedido com antecedência mínima de 07 (sete) dias da data do agendamento do atendimento;

1.10.2.3 O prazo máximo de convocações sucessivas não poderá exceder 30 (trinta) dias da primeira à última convocação.

1.10.2.4 Vencido o prazo previsto no item anterior, o AMP deverá encerrar o procedimento no SIPMED declarando o motivo pelo qual deixou de ser realizada a inspeção e restituir o processo físico, se houver, à autoridade que determinou a inspeção.

1.10.2.5 A recusa de militar da ativa de submeter-se a inspeção de saúde após ordem para tal ensejará a tomada de medidas disciplinares, podendo, inclusive, ser caracterizado crime militar.

1.10.2.6 A critério justificado do AMP, poderá deixar de ser agendado o atendimento, quando o expediente de encaminhamento, previsto no subitem 1.11 acima, não contiver as informações mínimas necessárias para o agendamento e para realização do subsequente ato pericial, devendo tal fato ser informado pelo AMP, mediante DIEx, à autoridade que solicitou a IS.

1.11 DO CONSENTIMENTO

1.11.1 O consentimento livre e esclarecido consiste em um documento em que o inspecionado ou o seu procurador legal, livres de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, dá anuência, após ter recebido informações completas e adequadas, de que o(s) processo(s) médico-pericial (ais) gerado(s) pelo seu pleito ou pela Administração Pública conterá(ão) documentação nosológica e exames complementares sobre seu estado de saúde, bem como permite a emissão de diagnóstico alfanumérico ou por extenso, conforme o previsto na Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigor, resguardadas as recomendações éticas vigentes.

1.11.2 O modelo de Termo de Consentimento é o constante do Anexo D.

1.12 DOS DIAGNÓSTICOS, PARECERES E OBSERVAÇÕES

1.12.1 DOS DIAGNÓSTICOS:

1.12.1.1 Não sendo constatada nenhuma doença ou defeito físico será lançada no campo reservado ao(s) diagnóstico(s), a expressão “*Ausência de Anormalidades ao Exame Clinico*”.

1.12.1.2 Sendo constatada alguma doença ou defeito físico mesmo que não comprometa a capacidade laborativa do inspecionado, esta deverá ser mencionada no campo “Diagnósticos”, sempre com código alfanumérico e por extenso, bem como, os esclarecimentos necessários ao seu inteiro entendimento (Ex: MID, MIE, articulação afetada etc.)

1.12.1.3 Nas inspeções em que for declarada incapacidade temporária ou definitiva, não deverão ser utilizados códigos alfanuméricos (CID), que não sejam capazes de esclarecer totalmente as limitações laborais do inspecionado, tais como: “M50.8 - Outros transtornos de discos cervicais; M54.5 - Dor lombar baixa etc.”.

1.12.1.4 Sempre que for constatado um ou mais diagnósticos e o parecer for “Apto(a) A”, “Apto(a) para o Serviço do Exército”, “Apto(a) para o Serviço Público”, “Apto(a) para o Serviço do Exército, com recomendações” ou “Apto(a) para o Serviço Público, com recomendações”, o AMP deverá fazer constar no campo “complementos aos diagnósticos”, uma das expressões “Compatível(veis) com o Serviço do Exército”, para os militares ou, “Compatível(veis) com o Serviço Público”, para os servidores públicos.”

1.12.2 OS PARECERES E AS OBSERVAÇÕES:

1.12.2.1 Os pareceres e as observações a serem emitidas pelos AMP obedecerão aos modelos previstos nestas normas e disponíveis no SIPMED.

1.13 DO SISTEMA INFORMATIZADO DE PERÍCIA MÉDICA (SIPMED)

O Sistema Informatizado de Perícias Médicas (SIPMED) é um sistema de prestação de serviços através da Internet, desenvolvido para atender na área de saúde, fornecendo informações necessárias para padronizar os procedimentos relativos às atividades médico-periciais do Exército Brasileiro, definidas em legislação vigente.

1.13.1 DAS ABREVIATURAS E SIGLAS

No SIPMED empregar-se-ão as abreviaturas e siglas estabelecidas no Manual de Campanha C 21-30 e Manual de Abreviaturas do MD, aprovado pela Portaria Normativa Nº 513/EMD/MD, de 26 de março de 2008. As palavras ou grupo de palavras não constantes das abreviaturas e siglas serão escritos por extenso.

1.13.2 DO ACESSO

O SIPMED dispõe de dois endereços eletrônicos para acesso: intranet.dsau.eb.mil.br e www.dsau.eb.mil.br.

1.13.3 DOS NÍVEIS DE ACESSO

a. O SIPMED está organizado em quatro níveis de acesso: Gerencial (D Sau e Inspetoria de Saúde de Região Militar), Regional (RM), Operacional (MPOM, MPGu e JIS) e Usuário.

b. Os comandantes, chefes e diretores de OM/OMS, nos diversos níveis, terão acesso aos relatórios estatísticos, disponibilizados pelo sistema, resguardados os princípios do sigilo médico.

c. Para acessar os diferentes níveis do sistema, a Seção de Saúde Regional fará o cadastro e atualização das senhas, conforme previsto no Manual do SIPMED.

1.13.4 DA SEGURANÇA

a. A segurança das informações no SIPMED é, inicialmente, dada pela estruturação por níveis de acesso ao sistema. A cada nível é dado acesso de forma independente.

b. Os militares e servidores públicos que tratam com assuntos sigilosos ou de natureza sensível são responsáveis pela segurança dos mesmos e estão sujeitos às regras referentes ao sigilo profissional, em razão do ofício, da legislação vigente, do Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal e do Estatuto dos Militares.

c. Todos os militares e servidores públicos que manuseiam a documentação médico-pericial deverão assinar o Termo de Compromisso disponível nas Seções de Inteligência (S2), das OM/OMS, os quais serão arquivados, na referida Seção, observando-se a tabela de temporalidade de documentos.

1.13.5 DAS MENSAGENS ELETRÔNICAS

O SIPMED dispõe de serviço de mensagem eletrônica para rápida comunicação entre os três níveis do Sistema (Gerencial, Regional e Operacional), via Internet, a fim de facilitar e simplificar o gerenciamento do trâmite de informações.

1.13.6 DOS RELATÓRIOS

a. O SIPMED disponibiliza relatórios estratégicos, gerenciais e de avaliação do desempenho das OM a que pertencer o AMP no tocante às perícias médicas realizadas pelos AMP.

b. O relatório estratégico registra os mapas demonstrativos, estatísticos e pareceres técnicos das inspeções de saúde realizadas pelo Agente Médico-Pericial (AMP).

c. O relatório gerencial registra diversas informações como: composição dos vários tipos de AMP, agendamento prévio para inspeção de saúde pelos MPGu, JISR, JISE e JISRev, livro registro de atas de inspeção de saúde, parecer técnico, cadastro de inspecionados e registro das situações periciais em exigência dos vários AMP.

1.13.7 DO ARQUIVO DE DOCUMENTOS DO SIPMED

a. O Livro Registro de Atas de Inspeção de Saúde produzido ao término da sessão será impresso após decorridos três dias úteis do lançamento das inspeções no sistema, carimbado e assinado pelos membros da entidade médico-pericial para ser arquivado por tempo indeterminado.

b. A Ficha Registro de Dados de Inspeção (FiRDI) ao término da sessão será impressa e assinada pelo AMP para ser arquivada pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos para a preservação da FiRDI do inspecionado em suporte de papel.

c. A FiRDI será de guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para as fichas arquivadas eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

1.13.8 DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS DO SISTEMA

O SIPMED disponibiliza os seguintes documentos via on-line em formulários próprios e padronizados de acordo com a legislação em vigor:

a. livro registro de atas de inspeção de saúde;
b. cópia de atas de inspeção de saúde;
c. comunicação de inspeção;
d. comunicação de agendamento;
e. ficha registro de dados de inspeção; e

f. parecer técnico.

1.13.9 DO AGENDAMENTO

a. O agendamento prévio é realizado, obrigatoriamente, pela secretaria do AMP, com antecedência mínima de 24 horas e máxima de 30 dias.

b. Em casos de imperiosa necessidade e mediante justificativa verbal, apresentada pelo AMP, a inspeção de saúde poderá ser realizada na mesma data, com autorização e liberação pela Região Militar.

1.14 DA DOCUMENTAÇÃO PERICIAL

1.14.1 SÃO DOCUMENTOS MÉDICO-PERICIAIS:

a. Documentos Sanitários de Origem em tempo de paz (DSO):
1) Atestado de Origem (AO); e
2) Inquérito Sanitário de Origem (ISO).
b. Cópia da Ata de Inspeção de Saúde (CAIS);
c. Comunicação de Inspeção;
d. Ficha Registro de Dados de Inspeção (FiRDI);
e. Livro Registro de Atas de Inspeção de Saúde; e
f. Parecer Técnico de Inspeção de Saúde.

1.14.2 SÃO UTILIZADOS PELOS AGENTES MÉDICOS PERICIAIS OS SEGUINTES MODELOS DE DOCUMENTOS:

a. Atestado de Origem – Anexo V;
b. Cópia de Ata de Inspeção de Saúde – Anexo E;
c. Comunicação de Inspeção – Anexo F;
d. Ficha Registro de Dados de Inspeção – Anexo G;
e. Guia de Acompanhamento de Tratamento – Anexo Z;
f. Inquérito Sanitário de Origem – Anexo X;
g. Mapas estatísticos produzidos no SIPMED;
h. Pedido de Laudo Especializado ou Exame – Anexo H;
i. Parecer Técnico de Inspeção de Saúde – Anexo I; e
j. Tabela para caracterização da necessidade de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem – Anexo O.

1.15 DAS SESSÕES

1.15.1 As sessões serão abertas pelo AMP no início do expediente, com a conferência dos registros de agendamento para aquela sessão e encerradas pela aposição da assinatura dos AMP no Livro-Ata.

1.15.2 As sessões serão numeradas com três dígitos e sequenciais, dentro do ano civil (Ex: sessão n° 001/2009).

1.16 DA COMUNICAÇÃO DE INSPEÇÃO

1.16.1 A comunicação de inspeção é o documento de emissão obrigatória pelo AMP, onde deve constar o nome, nome social, se for o caso, nº da identidade, do CPF, a finalidade da inspeção, e a data de sua realização e uma das seguintes observações:

a. à disposição do AMP até o recebimento da cópia da ata de inspeção de saúde pela OM (para os inspecionado que não apresentem condições de retornar às atividades laborativas, até a emissão do parecer, em caráter definitivo); ou

b. eventuais restrições, a critério do médico atendente da OM (Sec Sau OM), até o recebimento da cópia da ata de inspeção de saúde pela OM (para os inspecionados que apresentem condições de retornar imediatamente às atividades laborativas).

1.16.2 A comunicação de inspeção deverá ser entregue ao inspecionado, impreterivelmente, após a realização do ato pericial, que deverá apresenta-la em sua OM.

1.16.3 O modelo da Comunicação de Inspeção está definido pelo Anexo F e deve ser confeccionado e emitido pelo SIPMED.

1.17 DO LIVRO-ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

O Livro-Ata deverá ser impresso após o prazo de 03 (três) dias úteis para auditoria pela SSR, carimbado e assinado pelos AMP, devendo constar sob a assinatura os seguintes dados.

1.17.1 No carimbo funcional deverá constar:

a. nome completo por extenso;
b. nome social, se for o caso;
c. posto;
d. número da identidade militar; e
e. número de registro no conselho regional de sua especialidade.

1.18 DA CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

1.18.1 A cópia de ata será impressa após o prazo de 03 (três) dias úteis, para auditoria das SSR, assinada pelo MPGu e Secretário ou Presidente de JIS e encaminhada à autoridade que determinou a inspeção para publicação em boletim de acesso restrito e ciência do interessado.

1.18.2 O modelo de cópia de ata é o constante do Anexo E.

1.19 DA FICHA REGISTRO DE DADOS DE INSPEÇÃO (FiRDI)

1.19.1 A ficha de registro de dados de inspeção (FiRDI) consiste na compilação de informações nosológicas que permitem acompanhar a progressão sanitária do inspecionado.

1.19.2 A FiRDI deve conter obrigatoriamente os dados de identificação completa do inspecionado, sua história clínica e outros dados que esclareçam e respaldem o parecer do AMP, como transcrição sintética de dados importantes contidos nos resultados de exames especializados, se houver.

1.19.3 A cada inspeção é gerada uma FiRDI no Sistema Informatizado de Perícias Médicas.

1.19.4 O modelo da FiRDI é o constante do Anexo G, sendo documento essencial e obrigatório na composição de processos.

1.20 INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

1.20.1 INSTALAÇÕES

1.20.1.1 As atividades médico-periciais devem se desenvolver, preferencialmente, no interior das Organizações Militares de Saúde ou em áreas anexas, utilizando-se de instalações reservadas para esse fim.

1.20.1.2 Quando funcionar nas demais organizações militares, o comandante/chefe ou diretor deverá providenciar para que as instalações sejam adequadas à execução dos atos médicos periciais.

1.20.1.3 As instalações destinadas à execução das atividades médico-periciais devem atender aos padrões de arejamento e luminosidade, possuírem sinalização adequada para a orientação dos inspecionados e uma área de recepção onde os mesmos possam aguardar sentados à chamada para o exame, com facilidades como banheiros masculino e feminino e bebedouro de água.

1.20.1.4 Além do setor de recepção, as instalações devem contemplar uma área administrativa para os trabalhos de secretaria e uma área técnica para a realização dos exames médico-periciais, devendo, se possível, o acesso dos AMP estar segregado das áreas de acesso dos inspecionados.

1.20.1.5 As instalações devem ser de fácil acesso para os inspecionados, inclusive para deficientes e idosos. O piso deve ser de material resistente, não escorregadio, lavável e de acordo com as condições climáticas da região.

1.20.1.6 As paredes e o teto devem ser revestidos com material de fácil conservação, duráveis e sem aspereza; as divisórias devem possuir cores claras, material leve e removível que facilite as modificações necessárias para a adaptação ou expansão dos setores; a aeração e iluminação, se possível, naturais; as instalações elétricas planejadas e dimensionadas para ligar todos os equipamentos técnicos dos consultórios médicos, da área de recepção e da área administrativa.

1.20.1.7 Deverão ser previstas instalações sanitárias masculinas e femininas para os peritos e os auxiliares administrativos, independentes das destinadas aos inspecionados.

1.20.2 MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS RECOMENDÁVEIS

1.20.2.1 PARA OS CONSULTÓRIOS MÉDICOS:

a. escrivaninha;
b. cadeira giratória;
c. mesa de exame clínico com o respectivo colchonete;
d. escadinha para a mesa de exame clínico;
e. cadeira comum para o examinado;
f. armário guarda-roupa com chave e cabide;
g. cesta de papéis;
h. porta-toalhas;
i. lavatório;
j. lençóis (de preferência descartáveis);
k. escova para as mãos;
l. ventilador ou aparelho de ar condicionado;
m. balança antropométrica;
n. esfigmomanômetro;
o. estetoscópio;
p. negatoscópio;
q. termômetro clínico;
r. lanterna;
s. martelo de *Babinsky* ou de *Dejerine;*
t. fita métrica;
u. régua milimetrada transparente;

v. abaixadores de língua descartáveis;
x. escala de Snellen para a aferição da acuidade visual;
y. prancheta para avaliação de daltonismo; e
w. aparelho para a aferição da força muscular.

1.20.2.2 PARA A RECEPÇÃO:

a. ventilador tipo comercial ou aparelho de ar condicionado;
b. bebedouro;
c. cadeiras ou bancos em número suficiente; e
d. aparelho emissor de senhas com chamada sonora, se for o caso.

1.20.2.3 TODAS AS INSTALAÇÕES DO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS DEVEM POSSUIR RAMAIS TELEFÔNICOS.

1.20.3 INFORMÁTICA

A Seção de Perícias Médicas deve possuir computadores e impressoras próprias, não compartilhadas, para o AMP, a recepção e a administração, permitindo o acesso em tempo real ao SIPMED, o que facilitará e agilizará os procedimentos administrativos e técnicos do setor de perícias médicas.

1.20.4 DA RESPONSABILIDADE DOS COMANDANTES, CHEFES E DIRETORES

a. É responsabilidade do diretor da OMS ou do Comandante/Chefe/Diretor das demais OM, prover os meios necessários para o bom funcionamento do setor de perícias médicas.

b. O Comandante/Chefe/Diretor, sempre que possível, deverá mobiliar os setores de perícias médicas de sua OM/OMS, com militares do serviço de saúde e, excepcionalmente, de outras qualificações militares, para auxiliar os trabalhos dos AMP.

c. O Anexo J às presentes normas apresenta uma proposta de planta baixa para os setores de perícia médica das OMS e OM.

VOLUME II

DO SISTEMA INFORMATIZADO DE REGISTROS MÉDICOS E ATIVIDADES DAS SEÇÕES DE SAÚDE DAS UNIDADES

2.1 SISTEMA INFORMATIZADO DE REGISTROS MÉDICOS

2.1.1 OBJETIVO

O Sistema Informatizado de Registros Médicos (SIRMED) é um sistema de prestação de serviços através da Internet, desenvolvido para facilitar a aplicação das Normas para Escrituraçao de Documentos de Saúde nas Organizações Militares do Exército (NEDOMEX), aprovadas pela Portaria nº 037-DGS, de 4 NOV 1988.

2.1.2 FINALIDADE

O SIRMED foi concebido com o objetivo primordial de orientar os trabalhos das Seções de Saúde Regionais (SSR) e Seções de Saúde das Unidades (SSU), no tocante à padronização dos procedimentos relativos aos registros das informações relacionadas com o controle sanitário do pessoal e das instalações do EB.

2.1.3 DAS ABREVIATURAS E SIGLAS

No SIRMED empregar-se-ão as abreviaturas e siglas estabelecidas no Manual de Campanha C 21-30 e Manual de Abreviaturas do MD, aprovado pela Portaria Normativa Nº 513/EMD/MD, de 26 de março de 2008. As palavras ou grupo de palavras não constantes das abreviaturas e siglas serão escritos por extenso.

2.1.4 DO ACESSO

O SIRMED dispõe de acesso pela página inicial da Diretoria de Saúde: www.dsau.eb.mil.br.

2.1.5 DOS NÍVEIS DE ACESSO

a) o SIRMED está organizado em três níveis de acesso: Gerencial (D Sau e Inspetoria de Saúde de Região Militar), Regional (RM) e Operacional (Médico Atendente – Med Atd).

b) os comandantes, chefes e diretores de OM/OMS, nos diversos níveis, terão acesso aos relatórios estatísticos, disponibilizados pelo sistema, resguardados os princípios do sigilo médico.

c) para acessar os diferentes níveis do sistema, a Seção de Saúde Regional fará o cadastro e atualização das senhas, conforme previsto no Manual do SIRMED.

2.1.6 DA SEGURANÇA

a) a segurança das informações no SIRMED é, inicialmente, dada pela estruturação por níveis de acesso ao sistema. A cada nível é dado acesso de forma independente.

b) os militares e servidores civis que tratam com assuntos sigilosos ou de natureza sensível são responsáveis pela segurança dos mesmos e estão sujeitos às regras referentes ao sigilo profissional, em razão do ofício, da legislação vigente, do Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal e do Estatuto dos Militares.

c) todos os militares e servidores civis que manuseiam a documentação médico-pericial deverão assinar o Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo, disponível nas Seções de Inteligência (S2), das OM/OMS, os quais serão arquivados, na referida Seção.

d) as senhas de acesso são cadastradas pelo Nível Gerencial (DSau), para o operadores do Nível Regional (SSR) e pelo Nível Regional, para o Nível Operacional (Med Atd e auxiliares), conforme consta no manual.

2.1.7 DAS MENSAGENS ELETRÔNICAS

O SIRMED dispõe de serviço de mensagem eletrônica para rápida comunicação entre os três níveis do Sistema (Gerencial, Regional e Operacional), via Internet, a fim de facilitar e simplificar o gerenciamento do trâmite de informações.

2.1.8 DOCUMENTOS E PROCEDIMENTOS DISPONÍVEIS NO SIRMED

a) cadastro - ficha que deve ser preenchida pela Seção de Saúde da OM, para todos militares e servidores civis da OM.

b) ficha médica - prontuário Médico, que deve ser preenchido pelo Médico da OM e encerrada após o militar ou servidor público deixar de pertencer àquela OM.

c) registro de visita médica - prontuário onde o médico atendente deverá registrar o comparecimento e os procedimentos realizados, toda vez que o militar ou SP comparecer à Visita Médica.

d) controle de doação de sangue - ficha onde será(ão) registrada(s) as doações de sangue que o militar ou SP realizou.

e) exames e inspeções previstas no RISG - relatório onde o médico atendente deverá registrar:

1) Exame Periódico semestral dos manipuladores de alimentos e explosivos;

2) Exame Periódico trienal de motoristas (Serão submetidos obrigatoriamente ao exame toxicológico os motoristas das categorias C, D e E, nas seguintes situações: quando estiver no processo de obtenção da Habilitação; na renovação de sua Carteira Nacional de Habilitação; e, na metade do período de validade da habilitação); e

3) inspeção sanitária anual de instalações.

f) registro de acidentes - livro em que o médico atendente deverá registrar todos os acidentes (em serviço ou não) ocorridos com militares e SP da OM.

g) atestado de origem - documento onde o médico atendente deverá registrar as três primeiras partes do Atestado de Origem (ver Volume X destas Normas).

h) registro de óbitos - livro onde o médico atendente deverá registrar todos os óbitos de militares e SP da OM.

i) Inquérito Sanitário de Origem (ISO) - procedimento que visa apurar se uma incapacidade física temporária, definitiva ou invalidez, constatada em inspeção de saúde, resulta de doença aguda ou crônica que tenha sido contraída em ato de serviço, de acidente em serviço ou e doença endêmica.

j) Exame Periódico dos Manipuladores de Explosivos, Taifeiros e Motoristas.

2.1.9 DA VISITA MÉDICA

a) é um procedimento médico, previsto no inciso III do art. 56 do Regulamento Interno dos Serviço Gerais (RISG), onde o médico deve registrar as condições de saúde do paciente, os procedimentos adotados, se for o caso, propor ao Cmt/Ch/Diretor, as providências administrativas (repouso na residência, dispensa de esforço físico, de serviço de escala, de uso de peça do uniforme etc.), conforme o caso.

b) a Seção de Saúde da Unidade (SSU) deverá manter rigoroso controle sobre o tratamento, especialmente, dos militares e SP que necessitarem de afastamento dos serviços de escala e esforço físico.

c) as dispensas de esforço físico e serviço de escala, previstas no inciso I do art. 269 do RISG devem ser concedidas por no máximo, 8 (oito) dias, pela mesma patologia, que podem ser divididos, a critério do médico atendente.

d) o repouso na residência não poderá ser superior a 8 (oito) dias, conforme previsto no § 1º do art. 269 do RISG. Após esse período, e havendo a necessidade prorrogação, o militar deverá ser encaminhado ao MPOM ou MPGu, conforme o caso.

2.1.10 DA REVISÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA PARA INGRESSO (MATRÍCULA) NOS COLÉGIOS MILITARES

2.1.10.1 A verificação do estado de saúde dos candidatos ao ingresso no Sistema Colégio Militar do Brasil (SCMB) é feita por meio de revisão médica e odontológica realizada por Médico Atendente do Estabelecimento de Ensino (EE), não sendo realizada inspeção de saúde.

2.1.10.2 O Médico Atendente do EE ou aqueles disponibilizados pela Região Militar (RM) procederão ao exame clínico dos candidatos e verificarão os resultados dos exames complementares obrigatórios constantes do Anexo M destas Normas.

2.1.10.3 Nos casos de candidatos com deficiências e necessidades educativas especiais, o médico atendente deve encaminhar o candidato para avaliação por equipe multidisciplinar, utilizando-se de pareceres especializados exarados por médico especialista, psicólogo, psicopedagogo, assistente social e outros profissionais que o caso indicar.

2.1.10.4 Cabe à equipe multidisciplinar assessorar o Diretor do Estabelecimento de Ensino, em conjunto com o responsável legal do candidato, na tomada de decisão quanto à pertinência do ingresso, de acordo com a proposta pedagógica do estabelecimento de ensino, a existência de recursos humanos capacitados, sala de meios, acessibilidade e instalações adequadas ao candidato.

2.2 DISPOSIÇÕES GERAIS

a) o serviço militar, além do inicial, abrange outras formas e fases, consequentes de convocações posteriores, de aceitação de voluntários e de prorrogação de tempo de serviço, quer em tempo de paz quer na mobilização (art. 117 do Dec 57.654, de 20 JAN 1966 - RLSM).

b) os pareceres e suas respectivas observações, que serão aplicados pelos médicos atendentes visam orientar quanto à situação administrativa dos militares que apresentem problemas sanitários.

c) os atestados fornecidos por médicos (mesmo militares) alheios à OM do militar ou SP, só produzirão efeitos administrativos, após a homologação pelo médico da OM (§ 4º do art. 418 do RISG).

d) o repouso em residência, as dispensas de esforço físico, serviço de escala, do uso de peça de uniforme etc., serão realizadas pelo médico atendente (Med Atd), no SIRMED.

e) tratando-se de dispensas de Esforço Físico ou Serviço de Escala, poderá ser concedida pelo prazo de até 8 (oito) dias, no máximo. Ultrapassado esse prazo, deverá ser encaminhado ao MPOM ou MPGu, conforme o caso.

2.3 DA APTIDÃO OU DA INAPTIDÃO PARA ATIVIDADES LABORATIVAS CIVIS

A atuação do Serviço de Saúde na adesão ao tratamento e recuperação dos inaptos, e ainda a execução de um efetivo controle por parte das OM, são fatores essenciais para subsidiar a correta adoção das medidas administrativas.

2.4 DO TRATAMENTO APÓS DESINCORPORAÇÃO OU LICENCIAMENTO

A orientação para a manutenção do tratamento deve constar da ata de inspeção de saúde com base no artigo 149 do RLSM e no RISG, alterado pela Port. 749-Cmt Ex, de 12 SET 12.

2.4.1 DOS PROCEDIMENTOS

a) o controle do tratamento (consultas, fisioterapia, cirurgia etc.) de ex-militares, desincorporados ou reintegrados, deve ser acompanhado com ações efetivas pelo Comando da OM, tendo em vista que é interesse da administração militar que o encostado/reintegrado recupere sua higidez física/mental, de forma a poder ser desligado das fileiras do Exército.

b) a Guia de Acompanhamento Médico para Atividade Pericial (GAMAP - anexo "Z" destas Normas) é documento de preenchimento obrigatório e visa dar conhecimento, por escrito, ao encostado/reintegrado dos procedimentos (consultas, fisioterapias etc.) a serem realizados, bem como, comprovar junto ao poder judiciário, se for o caso, que o tratamento foi disponibilizado, além de permitir o rigoroso controle da adesão por parte do ex-militar.

c) a Guia de Acompanhamento Médico para Atividade Pericial (GAMAP), após seu preenchimento e agendamento dos procedimentos a serem realizados, deve permanecer em posse da Seção de Saúde da Unidade ou de uma comissão nomeada para acompanhar tais demandas, que acompanhará o encostado aos eventos ali agendados.

d) o tratamento será executado, preferencialmente, nas OMS do Exército, da Marinha ou da Aeronáutica e na absoluta impossibilidade de realização do tratamento nestes órgãos, o ex-militar poderá ser encaminhado a OCS/PSA;

e) o encerramento do tratamento ocorrerá:

1) a pedido (se o encostado/reintegrado assim deseja e declarar por escrito, a desistência do tratamento). No caso de recusa de assinar a declaração de desistência, arrolar duas testemunhas;

2) por alta hospitalar ou ambulatorial (por cura ou estabilização do quadro), declarada na GAMAP e/ou no prontuário do encostado/reintegrado; ou

3) abandono de tratamento (após três faltas aos procedimentos agendados, devidamente comprovados por procedimento que lhe assegure a ampla defesa e ao contraditório).

f) o encerramento do tratamento deverá ser publicado em Boletim e tratando-se de reintegrado judicialmente, imediatamente informado ao poder judiciário mediante o encaminhamento à Advocacia da União enquadrante, de cópia da Guia de Acompanhamento Médico para Atividade Pericial com o devido termo de encerramento.

g) os encostados, em tratamento, deverão ser submetidos a Inspeção de Saúde (IS) prevista no subitem 13.5 destas Normas, no máximo a cada 03 (três) meses.

h) as despesas decorrentes de tais atendimentos serão custeadas pelo SAMMED, através do fator custo.

2.5 DO ASSISTENTE TÉCNICO NAS LIDES JUDICIAIS

a) quando a administração militar for impelida a indicar assistente técnico nas lides judiciais, deverão ser observados os seguintes procedimentos:

1) o Cmt/Ch/Diretor que for intimado deverá, por intermédio da Asse Jur, inteirar-se do processo, a fim de indicar um médico da especialidade de que trata o processo ou, solicitada pela AGU.

2) não havendo na guarnição, um especialista que atenda ao caso, a AGU deverá ser contatada a fim de verificar a possibilidade de ser indicado médico de outra, ou sem especialidade.

b) o assistente técnico indicado deverá inteirar-se do processo e do prontuário do requerente, a fim elaborar questões e/ou respostas a serem apresentadas ao Advogado da União.

2.6 DO EXAME MÉDICO PARA A REALIZAÇÃO DO TREINAMENTO FÍSICO MILITAR E TESTE DE APTIDÃO FÍSICA

2.6.1 Todo militar, para a realização do Treinamento Físico Militar (TFM) e do Teste de Aptidão Física (TAF), deverá ter uma inspeção de saúde dentro do período de validade.

a) no caso de militares de carreira, esta inspeção é o CPS.

b) no caso de militares temporários, a Permanência ou Saída do Serviço Ativo.

2.6.2 O médico da OM deverá realizar o exame pré TAF, verificando se o militar está com sua inspeção de saúde dentro da validade.

2.6.3 Os exames complementares somente serão realizados por indicação médica, em pacientes que apresentarem fatores de riscos coronarianos.

2.6.3.1 São considerados fatores de risco coronariano:

a) tabagismo;
b) hipertensão arterial e níveis elevados de colesterol total e/ou LDL-colesterol;
c) stress emocional;
d) inatividade física;
e) diabetes;
f) obesidade;
g) histórico familiar de eventos coronarianos;
h) níveis elevados de triglicerídeos; e
i) níveis baixos da fração HDL-colesterol.

2.6.4 Por ocasião da realização do exame pré TAF o militar deverá declarar, por escrito, se sofreu algum acidente no ano anterior.

2.6.4.1 Esta declaração deverá ser registrada no SIRMED e publicada em Boletim Interno da OM, a fim de constar nas alterações do militar.

2.7 DA INSPEÇÃO SANITÁRIA ANUAL DAS INSTALAÇÕES

2.7.1 O Cmt/Ch/Diretor da OM e o Médico Atendente da OM devem atentar para a importância da Inspeção Sanitária Anual das Instalações do aquartelamento, considerando a necessidade em combater focos de vetores transmissores de doenças endêmicas como a Dengue, Zica, chikungunya e, mais recentemente, o ressurgimento de casos de febre amarela.

2.7.2 O resultado das inspeções realizadas e as providências tomadas devem ser lançadas no SIRMED, para conhecimento e acompanhamento da Região Militar e da Diretoria de Saúde.

2.7.3 Deve-se envidar esforços para esclarecer os militares, seus dependentes e a comunidade civil ao redor do aquartelamento sobre as medidas sanitárias para evitar a proliferação de vetores transmissores dessas doenças.

2.7.4 Tão importante como a inspeção e as medidas saneadoras de possíveis inconsistência, é a necessidade em realizar e registrar no SIRMED o calendário de vacinação da tropa, principalmente para as doenças imunopreviníveis: febre amarela e hepatite.

VOLUME III

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA INGRESSO NO SERVIÇO ATIVO (MILITAR DE CARREIRA) E NO SERVIÇO PÚBLICO EM GERAL

3.1 INGRESSO NO SERVIÇO ATIVO DO EXÉRCITO

3.1.1 DEFINIÇÃO

3.1.1.1 Inspeção de saúde (IS) para ingresso no serviço ativo do Exército Brasileiro é a perícia de seleção inicial que visa verificar se os candidatos preenchem os padrões psicofísicos de aptidão para a carreira militar no Exército Brasileiro. São consideradas as IS para admissão e matrícula nas escolas de formação do Exército Brasileiro.

3.1.2 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar as inspeções de saúde, em primeira instância, para estas finalidades são o MPGu e as JISE.

3.1.3 PROCEDIMENTO PERICIAL

3.1.3.1 Os AMP deverão realizar a inspeção de saúde dos candidatos ao ingresso no serviço ativo de acordo com as condições de inaptidão descritas no Edital de cada concurso, orientados pelos parâmetros estabelecidos no Anexo K destas Normas.

3.1.3.2 O candidato deverá comparecer ao local previsto para a seleção psicofísica portando o comprovante de inscrição e documento oficial com fotografia. A identificação do candidato deverá ser verificada em todas as fases do processo pericial.

3.1.3.3 Todas as etapas do processo pericial são presenciais, devendo o parecer ser comunicado ao candidato e/ou a seu responsável pelo AMP, que deverá esclarecer ao interessado, o motivo de uma eventual inaptidão. Nessa oportunidade, o candidato e/ou seu responsável deverá assinar o formulário previsto no Anexo L, comprovando a ciência do parecer exarado.

3.1.3.4 Os candidatos que porventura não comparecerem ao AMP na data marcada para divulgação do resultado de suas IS, bem como em qualquer outra fase do processo pericial, deverão ser considerados desistentes, sendo tal fato registrado na Ficha Registro de Dados de Inspeção (FiRDI).

3.1.3.5 As candidatas, antes da realização da IS, deverão ser submetidas à realização de Teste Imunológico para detecção de Gravidez (TIG). A confirmação de gestação, em qualquer etapa do processo pericial, implicará em seu cancelamento imediato, sem emissão do parecer. Nessa oportunidade, o AMP deverá informar tal fato ao órgão responsável pelo concurso, por meio de mensagem. Tais candidatas deverão ser reapresentadas, pelo referido órgão, para realizarem nova IS no ano seguinte ou conforme determinado no Edital do Concurso, se à época do resultado final do seu concurso, estiverem classificadas dentro do número de vagas.

3.1.3.6 Os candidatos considerados inaptos para ingresso poderão requerer IS em grau de recurso, desde que fundamentado por exposição de motivos e pela apresentação de documentação que justifique a sua discordância quanto ao resultado da inspeção recorrida, em até cinco dias a contar da data da divulgação do resultado das IS ou de acordo com o fixado no Edital do concurso e conforme preconizado no Volume XV destas Normas.

3.1.3.7 Os candidatos que obtiverem deferimento de seus recursos terão suas IS

agendadas pela JISR. Aqueles que não comparecerem na data e hora marcadas para realização da IS em grau de recurso serão considerados desistentes, sendo tal fato registrado na sua FiRDI.

3.1.4 PADRÕES PSICOFÍSICOS E EXAMES COMPLEMENTARES

Estão relacionados, respectivamente, nos Anexos K e M.

3.1.5 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. “Apto(a) para o ingresso no(a) ....”;
b. “Inapto(a) para o ingresso no(a) ....”.

3.2 INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO EM GERAL

3.2.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para ingresso no serviço público em geral é a perícia de seleção inicial que visa verificar se os candidatos aprovados em concurso, apresentam condições clínico-funcionais que preencham os requisitos exigidos para cumprir com eficiência as funções inerentes ao cargo e as condições mínimas para o desempenho de suas atividades profissionais.

3.2.2 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar as inspeções de saúde, em primeira instância, para estas finalidades são o MPGu e as JISE.

3.2.3 PROCEDIMENTO PERICIAL

3.2.3.1 Os AMP deverão realizar a inspeção de saúde dos candidatos a ingresso no serviço público em geral em cargo efetivo procedendo a exames clínicos e biométricos orientados para as funções que o candidato irá exercer ou o que for fixado em Edital próprio do concurso. Não há, portanto, padrões específicos a serem exigidos.

3.2.3.2 Para tal perícia, o AMP deve avaliar a aptidão física e mental do candidato e, pormenorizadamente, os órgãos diretamente relacionados às exigências do cargo (anamnese e exame físico orientado).

3.2.3.3 Nesta perícia, além dos exames básicos solicitados para ingresso previstos no Anexo M, destas Normas, poderá o AMP lançar mão de outros para comprovar, ou não, potenciais doenças incapacitantes ou que possam ser agravadas pelo exercício da função.

3.2.3.4 No caso de inspeção de saúde de ingresso de candidato portador de deficiência física, os AMP deverão verificar detalhadamente os graus de deficiência dos órgãos e sistemas acometidos e anotá-los na FiRDI para futuras análises de incapacidade.

3.2.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para ingresso no Serviço Público em Geral”; ou
b) “Inapto para ingresso no Serviço Público em Geral”.

VOLUME IV

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE DE ROTINA NO SERVIÇO ATIVO

4.1 CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE DO PESSOAL MILITAR

4.1.1 DEFINIÇÃO

a) são Inspeções de Saúde (IS) que visam verificar se o pessoal já pertencente aos efetivos do Comando do Exército preenche os requisitos de saúde necessários ao desempenho profissional e militar, bem como evidenciar qualquer doença inicial, com finalidade preventiva, incluindo-se neste volume os militares inativos designados para funções na ativa.

b) o Controle Periódico de Saúde (CPS) somente deve ser realizado em militares de carreira.

4.1.2 COMPETÊNCIA

a) são competentes para efetuar estas inspeções de saúde, em primeira instância, os seguintes Agentes Médicos Periciais (AMP): MPOM, MPGu ou JISE.

b) para o Controle Periódico de Saúde dos militares que estejam exercendo atividades especiais, observar o previsto no Volume IX destas Normas.

4.1.3 PERIODICIDADE

O Controle Periódico de Saúde (CPS) de militar de carreira em serviço ativo é trienal, exceto para os portadores do diagnóstico CID-10 Z21 e R75, cuja periodicidade é anual, de acordo com contido no subitem 3.3.1 da Portaria nº 47-MD, de 21 JUL 2016.

4.1.4 PROCEDIMENTOS

a) os casos de militares portadores de deficiências funcionais permanentes não incapacitantes, que necessitem de recomendações por tempo indeterminado (exemplo: hipertensão arterial, hérnia discal, etc.), depois de completado o prazo máximo de 36 meses consecutivos de recomendações, deverão ser submetidos a controle periódico trienal por Médico Perito de Guarnição (MPGu).

b) a Inspeção de Saúde do Controle Periódico de Saúde (IS/CPS) terá validade, também, para promoção, prorrogação de tempo de serviço, licenciamento, passagem para a Reserva Remunerada, nomeação para Prestação de Tarefa por Tempo Certo (PTTC), inscrição e matrícula em cursos, qualificação funcional específica e missão no exterior, dentro de sua validade, ressalvados os casos com exigências específicas previstas em leis, editais ou normas.

4.1.5 PADRÕES PSICOFÍSICOS E EXAMES COMPLEMENTARES

a) os padrões de saúde para o controle periódico são, basicamente, os mesmos de ingresso, com a atenuante do desgaste fisiológico normal em decorrência da idade, bem como maior tolerância nos índices mencionados no Anexo K. A avaliação pericial, diante de uma deficiência encontrada no militar, deve considerar o prognóstico, a possibilidade de recuperação, o tempo de serviço, a especialidade, o grau hierárquico, bem como a repercussão nas atribuições do militar. Quanto mais precocemente na carreira forem detectadas causas de incapacidade, melhores serão as chances do militar readaptar-se funcionalmente. Os exames complementares relativos ao Controle Periódico de Saúde são os constantes do Anexo M.

b) nos casos de Inspeção de Saúde (IS) para o pessoal que manuseia explosivos, especial atenção deverá ser prestada às patologias oculares, incluindo a realização de fundoscopia e a pré-existência de cirurgias refrativas, o que incapacitaria o militar para

esta função (vide Anexo M).

c) nos casos de Inspeção de Saúde (IS) para o pessoal que manipula e administra terapia antineoplásica, são obrigatórios, além dos constantes do Anexo M, os seguintes exames: hepatograma, acuidade visual e fundoscopia (investigar possível neurite óptica) e dosagem de beta-HCG (para mulheres em idade fértil).

4.1.6 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

4.1.6.1 MILITARES EM GERAL

a) “**Apto para o Serviço do Exército**” - casos em que o inspecionado, mesmo apresentando pequenos defeitos físicos ou deficiências funcionais e seja portador de um ou mais diagnósticos "Compatíveis com o Serviço Militar" que possam necessitar de afastamento de alguma atividade específica (esforços físicos, uso de peças de uniforme, marcha, acampamento, escala de serviço etc...), o AMP deverá acrescentar no campo “observações”, a expressão “Possíveis afastamentos de atividades específicas devem ser rigorosamente avaliados e concedidos pelo Médico Atendente, da OM”;

b) “**Apto para o Serviço do Exército, com recomendações**”, observado o contido no Anexo W, deve ser aplicado, **exclusivamente**, nos seguintes casos:

1) portadores assintomáticos do vírus HIV;

2) portadores de doenças especificadas em lei, passíveis de cura ou controle;

3) portadores de patologias traumáticas não incapacitantes, decorrentes de acidente em serviço, doença, moléstia ou enfermidade com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

4) militares portadores de deficiências funcionais permanentes não incapacitantes, que necessitem de recomendações por tempo indeterminado (exemplo: hipertensão arterial, hérnia discal, condromalácia, gonartrose e outras patologias ortopédicas limitantes);

5) portadores de próteses auditivas, oculares e outras, desde que as respectivas funções estejam dentro dos limites aceitáveis; e

c) nos casos de incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva, verificada nas Inspeções de Saúde, deverão ser adotadas as conclusões estabelecidas no Volume XII destas normas.

4.2 CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE DO PESSOAL CIVIL

4.2.1 CONCEITUAÇÃO

É a perícia médica destinada a verificar o estado de sanidade física e mental do servidor público, ao longo do tempo de serviço (Decreto nº 6.856, de 25 MAIO 09).

4.2.2 PERIODICIDADE

O Controle Periódico de Saúde (CPS) será realizado conforme os seguintes intervalos de tempo:

a) bienal para os servidores com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos;

b) anual para os servidores com idade acima de quarenta e cinco anos; e

c) semestral para os servidores expostos aos raios X e irradiação ionizante ou que desempenham atividades perigosas ou insalubres.

4.2.3 EXAMES COMPLEMENTARES

São os seguintes os exames a serem realizados:

a) para todos os servidores:

1) hemograma completo;

2) glicemia;

3) EAS;

4) creatinina;
5) colesterol total e triglicerídeos;
6) TGO e TGP; e
7) citopatologia oncótica (Papanicolau), para mulheres.

b) servidores com mais de 45 anos, acrescentar:
1) exame oftalmológico.

c) servidores com mais de 50 anos, acrescentar:
1) pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunocromatográfico);
2) mamografia, para mulheres; e
3) PSA, para homens.

4.2.4 COMPETÊNCIA

São competentes para realizar a IS para Controle Periódico de Saúde do pessoal civil, em primeira instância, os MPOM e MPGu ou JISE. Os MPOM são impedidos de realizar IS de CPS dos servidores públicos que estejam exercendo funções insalubres (Port 3.214, do Ministério do Trabalho, de 8 JUL 1978).

4.2.5 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

4.2.5.1 Nos casos de aptidão

a) “Apto para o Serviço Público em Geral”;

b) “Apto(a) para __________________ (discriminar a atividade ou operação insalubre); ou

c) “Apto(a) para ___________________ (discriminar a atividade ou operação insalubre), devendo manter-se sob controle ambulatorial (quando portador de doença com ou sem relação de causa e efeito com o serviço, mas não incapacitante).

4.2.5.2 Nos casos de incapacidade

a) “Incapaz temporariamente para o Serviço Público em Geral. Necessita de ____ dias de afastamento do serviço para realizar seu tratamento”;

b) “Incapaz temporariamente para _________________ (discriminar a atividade ou operação insalubre), por _______ dias, podendo exercer atividades não insalubres”;

c) “Incapaz definitivamente para ___________ (discriminar a atividade ou operação insalubre), devendo ser designado para outra função”; ou

d) “Inválido para o Serviço Público em Geral”

4.2.6 OBSERVAÇÕES

Ao servidor fica facultada a decisão de realizar o Controle Periódico de Saúde e, em caso de recusa, esta terá que ser formalizada, reduzindo a termo a sua decisão, conforme modelo constante do Anexo AF a estas Normas.

4.3 MATRÍCULA EM CURSOS

4.3.1 DEFINIÇÃO

a) Inspeção de Saúde (IS) para matrícula em curso de carreira é a perícia médica que visa verificar se os inspecionados preenchem os requisitos de saúde necessários para frequentar o curso pretendido.

b) Esta IS só deverá ser realizada nos casos em que os padrões sanitários, físicos e funcionais exigidos pelo curso extrapolem os parâmetros analisados no CPS.

4.3.2 COMPETÊNCIA

São competentes para proceder a estas IS, os MPGu ou as JISE.

4.3.3 PROCEDIMENTOS

Os AMP deverão realizar estas Inspeções de Saúde, obedecendo aos padrões e índices exigidos para cada curso, e constantes da portaria de criação ou funcionamento do referido curso.

4.3.4 PADRÕES PSICOFÍSICOS E EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS

Os padrões psicofísicos exigidos são, basicamente, os mesmos previstos para o controle periódico de saúde, observando a faixa etária e respeitando-se as peculiaridades de cada curso, observado o previsto no Anexo K. Para exames complementares, vide o Anexo M.

4.3.5 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para matrícula no curso de _________________ ” (especificar o curso).

b) “Inapto para matrícula no curso de ________________” (especificar o curso).

4.4 VERIFICAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA

4.4.1 CONCEITUAÇÃO

A Verificação de Capacidade Laborativa (VCL) é a perícia médica realizada para avaliar o estado de saúde física e mental dos militares e servidores civis já pertencentes ao efetivo do Comando do Exército, toda vez que houver alteração do estado sanitário do militar ou servidor público, constatado pelo médico atendente da OM e obrigatoriamente nas seguintes situações:

a) antecipação de Licença Gestante;

b) a cada 30 (trinta) dias consecutivos de internação hospitalar; e

c) alta hospitalar.

4.4.1.2 Aplica-se, também, aos militares da reserva remunerada quando necessitarem de avaliação da capacidade laborativa para reforma “*ex-offício*”, designação/prestação de tarefa por tempo certo ou outras situações previstas em lei, e aos reservistas que venham a requerer amparo do Estado. No caso de reservistas, os pareceres serão os previstos no Volume XIII destas Normas.

4.4.2 COMPETÊNCIA

São competentes para efetuar estas inspeções de saúde, em primeira instância, os seguintes Agentes Médicos Periciais: MPOM, MPGu ou JISE.

4.4.3 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

4.4.3.1 Para militares regidos pela Lei do Serviço Militar e seu regulamento (militares temporários e reservistas), serão utilizados os pareceres previstos no Volume XIII destas Normas.

4.4.3.2 Para militares de carreira, serão utilizados os seguintes pareceres:

a) “Apto para o Serviço do Exército”;

b) “Apto para o Serviço do Exército, com recomendações” (Observar o disposto no Volume XII e na letra “b” do subitem 4.1.6.1 destas Normas);

c) “Incapaz temporariamente para o Serviço do Exército. Necessita _______ dias de afastamento para tratamento de saúde (até no máximo 30, quando realizada por MPOM);

d) “Incapaz definitivamente para o Serviço do Exército. Não é inválido” (exceto para IS realizada por MPOM); e

e) “Incapaz definitivamente para o Serviço do Exército. É inválido” (exceto para IS realizada por MPOM).

f) Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado, deverá complementar o parecer com a seguinte assertiva: “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

g) Quando o AMP concluir pela incapacidade definitiva ou invalidez do inspecionado, deverá lançar no campo “Observações” a expressão: “A incapacidade (A invalidez) está enquadrada no inciso ___ do art. 108, da Lei nº 6.880/80 (mencionar apenas um dos incisos), que se refere à origem da(s) patologia(s) incapacitante(s), conforme abaixo discriminado:

1) o inciso I - ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

2) o inciso II - enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

3) o inciso III - acidente em serviço;

4) o inciso IV - doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

5) o inciso V - tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

6) o inciso VI - acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

h) sempre que for reconhecida a incapacidade física temporária para o serviço do Exército, de inspecionado pertencente a outra guarnição, o AMP deverá fazer constar no campo “Observações”, a expressão “pode viajar" ou "não pode viajar.”

i) para os portadores de DSO o AMP deverá fazer constar no campo “Parecer” a expressão: “Há (Não há) relação de causa e efeito entre o acidente sofrido (a doença adquirida em serviço) e as condições mórbidas atuais”.

j) A incapacidade deverá ser enquadrada em apenas um dos incisos do artigo 108 da Lei nº 6.880/80. Caso o paciente possua alguma das doenças previstas no inciso V, mas esta decorrer de situação prevista nos incisos I, II ou III, deve ser enquadrada nesses últimos incisos. Nesses casos, a doença da qual é portador deve ser lançada no campo “Observações”.

4.4.3.3 Para servidores público

a) “Apto para o exercício de suas funções”;

b) “Incapaz temporariamente para o exercício de suas funções. Necessita de _______ dias de afastamento para seu tratamento” (no máximo 30);

c) “Incapaz definitivamente para o exercício de suas funções. Convém ser readaptado” (exceto para IS realizada por MPOM); e

d) “Inválido para o Serviço Público em geral” (exceto para IS realizada por MPOM).

e) Sempre que for reconhecida a incapacidade física temporária para o Serviço Público em geral, de inspecionado pertencente a outra guarnição, o AMP deverá fazer constar no campo “Observações”, a expressão “pode viajar" ou "não pode viajar.”

f) Para os portadores de DSO, o AMP deverá fazer constar no campo “Parecer” a expressão: “Há (Não há) relação de causa e efeito entre o acidente sofrido (a doença adquirida em serviço) e as condições mórbidas atuais”.

4.4.4 PROCEDIMENTOS

Constatada a necessidade de readaptação do servidor público, o AMP deverá proceder conforme estabelecido nas letras “c”, “d”, “e” e “f” do subitem 8.1.3 destas Normas.

4.5 INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA CONSTATAÇÃO DE GRAVIDEZ

4.5.1 DEFINIÇÃO

É a perícia médica que oficializa, administrativamente, a gravidez da militar ou servidora pública, visando assegurar condições laborativas adequadas à preservação da higidez materno-fetal.

4.5.2 COMPETÊNCIA

São competentes para efetuar estas inspeções de saúde, em primeira instância, os seguintes Agentes Médicos Periciais: MPOM, MPGu ou JISE.

4.5.3 PROCEDIMENTOS

a) a IS para constatação de gravidez é realizada em decorrência da apresentação, pela militar ou servidora pública, de exame que comprove o estado gestacional.

b) após a IS inicial, não caberá realização de nova IS por AMP, no caso de gestantes saudáveis que estejam normalmente desempenhando suas atividades.

c) quando for observado algum grau de deficiência funcional, patologias decorrentes do estado gestacional ou potenciais riscos à higidez materno-fetal, a gestante deverá ser encaminhada para IS para Verificação de Capacidade Laborativa (VCL).

d) na inspeção para constatação de gravidez deverá ser utilizado o Anexo S, em três vias. Uma via será anexada à Ficha Registro de Dados de Inspecionado (FiRDI) da inspecionada, uma será entregue a gestante, mediante recibo, a qual será apresentada na Seção de Pessoal de sua OM e a outra será enviada à sua OM, em apenso à AIS.

4.5.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

a) “Apta para o Serviço do Exército”, para militares de carreira;

b) “Apta para o Serviço Público”, para servidoras civis; ou

c) “Apto A”, para militares temporárias.

4.5.5 OBSERVAÇÕES

O AMP deverá fazer constar no campo “Observações” do LMP ou da AIS a seguinte expressão: “Deverão ser respeitadas as restrições constantes da Ficha de Perícia para Gestante Saudável, anexa ao presente LMP/Ata”, que poderão, futuramente, ser lançadas automaticamente pelo SIPMED.

VOLUME V

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA FINS DE JUSTIÇA E DISCIPLINA

5.1 JUSTIÇA E DISCIPLINA

5.1.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde (IS) para fins de Justiça e Disciplina é a perícia médica que visa:

a) verificar se o desertor sem estabilidade, ou o insubmisso, capturado ou que se apresente voluntariamente, encontra-se apto ou incapaz para o Serviço Militar, sem quaisquer considerações sobre sua capacidade de entendimento ou determinação, ao tempo da deserção;

b) verificar se o desertor com estabilidade está apto ou não para o serviço ativo do Exército;

c) atender aos casos previstos no Art. 156 e parágrafos do Decreto 1002, de 21 de outubro de 1969, Código de Processo Penal Militar;

d) atender aos casos de Conselho de Justificação e Conselho de Disciplina, quando aplicável, subsidiariamente, o previsto na alínea anterior; e

e) atender, em outros casos, a determinação expressa de autoridade judicial.

5.1.2 COMPETÊNCIA

5.1.2.1 Nos casos das alíneas “a”, “b”, “c” e “d” do subitem 5.1 acima, a inspeção de saúde deverá ser realizada por uma JISE.

5.1.2.1.1 A JISE poderá ser nomeada, excepcionalmente, neste caso, também pelo Comandante da Guarnição onde se realizará a inspeção, e terá na sua composição o MPGu ou o MPOM.

5.1.2.1.2 Não sendo possível reunir três médicos a JISE poderá funcionar com dois médicos.

5.1.2.1.3 Na impossibilidade absoluta de conseguir o número determinado de médicos para constituir a JISE, o MPGu ou o MPOM fará a inspeção, devendo, nesse caso, fazer constar no campo “Observações” a justificativa para sua realização.

5.1.2.1.4 Para essa finalidade, a JISE poderá ser composta por maioria de médicos temporários ou até mesmo na sua totalidade.

5.1.2.1.5 No caso da alínea “e” do subitem 5.1 destas Normas, a inspeção poderá ser realizada, em primeira instância, por MPOM, MPGu ou JISE, conforme a determinação da autoridade.

5.1.3 PROCEDIMENTOS

a) as OM, ao apresentarem militares desertores para IS, deverão informar se estes possuem ou não estabilidade e, caso negativo, em que data a condição de estabilidade será atingida. As Atas de Inspeção de Saúde (AIS) serão encaminhadas com urgência, por meio de ofício, à autoridade que determinou a inspeção para que, nos casos das letras “a” e “b” do subitem 5.1 destas Normas, sejam adotadas as providências previstas nos §§ 1º e 2º do art. 457 e no § 1º do art. 464 do Código do Processo Penal Militar, aprovado pelo Decreto nº 1.002, de 21 OUT 1969, alterado pela Lei nº 8.236, de 20 SET 1991, sem prejuízo de outras providências. Caso necessário, as AIS poderão ser encaminhadas no mesmo dia da inspeção.

b) os AMP deverão investigar a existência de psicopatologias que possam resultar em inimputabilidade e eventuais alterações que impliquem em riscos graves para a saúde dos inspecionados.

c) para verificar o considerado na alínea “a” inciso 5.1, os AMP deverão adotar os padrões médicos previstos nas IS para o serviço militar inicial previstos nas IGISC (Instruções Gerais para Inspeções de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas), em se tratando de militares desertores sem estabilidade.

d) quando se tratar de militar desertor com estabilidade serão utilizados os padrões previstos para o Controle Periódico de Saúde, constantes do Volume IV.

e) os pareceres de Apto em IS para Justiça e Disciplina são válidos por trinta dias para deixar o serviço ativo.

f) exames complementares e laudos psiquiátricos poderão ser solicitados pelo AMP, se forem necessários. Neste caso, terão prioridade na sua realização.

g) para desertores sem estabilidade não é aplicável o parecer de “Apto para o Serviço do Exército, com restrições”.

5.1.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

5.1.4.1 Nos casos descritos na alínea “a” do item 5.1, sendo desertor sem estabilidade ou insubmisso, as conclusões possíveis são:

a) “Apto para o Serviço Militar”; ou

b) “Incapaz definitivamente para o Serviço Militar”.

5.1.4.2 Nos casos previstos na alínea “b” do item 5.1, as conclusões possíveis são:

a. “Apto para o Serviço do Exército”.

b. “Apto para o Serviço do Exército, com restrições”;

c. “Incapaz temporariamente para o serviço do Exército, por _____ dias“; e

d. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”, Deverão ser empregados os pareceres de incapacidade definitiva previstos no Volume XII destas Normas”.

5.1.4.3 Nos casos previstos nas alíneas “c”, “d” e “e” do item 5.1, as conclusões possíveis são aquelas previstas nas inspeções para Verificação de Capacidade Laborativa (VCL).

5.1.4.4 Sempre que for reconhecida a incapacidade física temporária para o Serviço do Exército, de inspecionado pertencente a outra guarnição, o AMP deverá complementar o parecer com a expressão “pode viajar" ou "não pode viajar.”

5.2 JUSTIÇA E PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SERVIDOR PÚBLICO

5.2.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para fim de Processo Administrativo (PA) de servidor público é a perícia médica que visa:

a) verificar, preliminarmente, se o indiciado em PA reúne condições psicofísicas para ver-se processar, conforme estabelece o art. 160 do Regime Jurídico dos Servidores Público da União, aprovado pela Lei nº 8.112, de 11 DEZ 1990;

b) se a patologia eventualmente apresentada tem relação de causa e efeito com o motivo que originou o PA; e

c) verificar se a patologia eventualmente apresentada justifica as faltas que originaram o PA.

5.2.2 COMPETÊNCIA

A competência para realização desta IS, em primeira instância, é do MPGu.

5.2.3 PROCEDIMENTOS

a) antes da abertura de PA deve ser feito exame pericial preliminar, devendo o AMP responder aos quesitos do Anexo N.

b) constatada a aptidão para o servidor público responder a PA, sem outras considerações, a relação de quesitos respondida instruirá os autos do PA a ser instaurado.

c) constatada incapacidade para responder a PA, o AMP deverá recomendar à autoridade que apresentou o servidor público, quanto à necessidade de submeter-se o inspecionado à IS de VCL, quando então será avaliado o grau de comprometimento da capacidade laborativa, impeditiva ao pleno exercício de suas atividades.

d) no caso de PA instaurado por faltas do servidor público, em que seja constatada patologia que justifique tais faltas, o AMP deverá exarar parecer de licença por motivo de saúde, desde a data do afastamento do trabalho até a conclusão da IS, no prazo máximo de cento e oitenta dias.

5.2.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para responder a Processo Administrativo”;

b) “Incapaz temporariamente para responder a Processo Administrativo por __ dias.” No caso de Incapacidade definitiva para responder a PA, aplicar as formas de conclusão previstas no Volume XII destas Normas; e

c) “Incapaz para ser submetido a Processo Administrativo devendo ser consideradas como em licença por motivo de saúde, as faltas ao serviço no período de (data = dia/mês/ano) a (data = dia/mês/ano).”

VOLUME VI

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS LEGAIS

6.1 VERIFICAÇÃO DO PERFIL NOSOLÓGICO

6.1.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde para Verificação do Perfil Nosológico é a perícia médica eventual realizada para verficar o estado de saúde do militar reformado, do ex-combatente e do anistiado político militar, quando necessitarem de avaliação para a concessão dos seguintes benefícios: Remuneração com Base no Soldo do Grau Hierárquico Imediato, Auxílio-Invalidez e outros previstos em lei.

6.1.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder a anamnese e exame físico do inspecionado. Exames complementares e laudos especializados somente deverão ser solicitados quando indispensáveis para evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c) a incapacidade, a invalidez e a condição de portador de doenças especificadas em lei deverão ser avaliadas de acordo com o contido no Volume XIV destas normas.

d) em todos os processos nos quais o inspecionado for considerado “Inválido”, deverá ser anexada a Tabela para Caracterização da Necessidade de Internação Especializada e/ou Assistência Direta e Permanente ao Paciente e/ou Cuidados Permanentes de Enfermagem (ANEXO O).

6.1.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu ou JISE, a critério da Seção de Saúde Regional enquadrante.

6.1.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para o serviço do Exército”

b) “Incapaz temporariamente para mobilização”

c) “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não é Inválido.”

d) “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É Inválido”.

e) quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o Parecer com uma das seguintes assertivas:

1) “Necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”; ou

2) “Não necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

6.1.5 OBSERVAÇÕES

6.1.5.1 Quando o AMP concluir pela incapacidade definitiva ou invalidez do inspecionado deverá fazer no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade (ou invalidez) do inspecionado se enquadra no inciso ___ do Art. 108, da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980”.

6.1.5.1.1 O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/1980:

a) o inciso I - ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b) o inciso II - enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c) o inciso III - acidente em serviço;

d) o inciso IV - doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e) o inciso V - tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base na medicina especializada; e

f) o inciso VI - acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

6.1.5.1.2 A afirmativa de que uma moléstia incapacitante ou invalidante possui relação de causa e efeito com o serviço necessita ser documentada por Atestado de Origem (AO) ou Inquérito Sanitário de Origem (ISO) ou Ficha de Evacuação (FE).

6.1.5.1.3 Quando a necessidade de cuidados permanentes de enfermagem e/ou internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente apresentar caráter irreversível, ou tratar-se de inspecionado com idade igual ou superior a 70 anos, o AMP deverá fazer constar, no campo observações, a expressão: “Não Necessita ser submetido a nova inspeção para revisão do Auxílio Invalidez”.

6.1.5.1.4 Ao avaliarem a necessidade de cuidados permanentes de enfermagem e/ou internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente, os AMP deverão observar o item 7 da Tabela para caracterização da necessidade de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente, e/ou cuidados permanentes de enfermagem, que lista estados mórbidos que não requerem a pontuação mínima de 17 pontos.

6.1.6 TRAMITAÇÃO

a) a SSR auditará o processo e, uma vez achado conforme, emitirá Parecer Técnico, conforme modelo constante do Anexo I-2 destas Normas, que juntado ao processo será remetido à SIP para produção de efeitos administrativos;

b) as Regiões Militares remeterão até o dia 5 (cinco) do mês subsequente, à Diretoria de Saúde, uma relação nominal contendo o nome e o CPF dos inspecionados que receberam parecer favorável aos benefícios solicitados (Isenção de Imposto de Renda e/ou Auxílio Invalidez e/ou Remuneração com Base no Soldo do Grau Hierárquico Imediato), a fim de que a DSau possa auditar as perícias realizadas mediante avaliação dos dados contidos na cópia de Ata e na FiRDI disponíveis no SIPMED; e

c) caso durante o processo de auditoria, a DSau considere passível de impugnação algum dos benefícios, solicitará reestudo ou Inspeção de Saúde em Grau Revisional, visando esclarecer a necessidade de manutenção ou suspensão do benefício.

6.2 REFORMA DE MILITAR DA RESERVA REMUNERADA

6.2.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para reforma de militar da reserva remunerada é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar da reserva remunerada encontra-se incapaz definitivamente para o serviço ativo, estando ou não inválido (impossibilitado total

e permanentemente para qualquer trabalho), de acordo com o art. 110, da Lei n° 6.880/1980 e parágrafo 1°, da Lei nº 7.580/1986, parágrafo 1° da Lei nº 7.580/1986.

6.2.1.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) a determinação para a realização da IS deve especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação.

c) os AMP devem atentar para doenças em fase não incapacitante, cujas medidas terapêuticas estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional e que não fornecem amparo legal para concessão da reforma; e

d) a presença de doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.2.1.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.2.1.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para o serviço do Exército”;

b) “Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido”;

c) “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

d) quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

1) “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

2) “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

3) “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

4) “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

6.2.1.5 OBSERVAÇÕES

a) quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do Art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80”.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

1) o inciso I - ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

2) o inciso II - enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

3) o inciso III - acidente em serviço;

4) o inciso IV - doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

5) o inciso V - tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

6) o inciso VI - acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de

causa e efeito com o serviço.

b) “É (Não é) portador de doença especificada na Lei nº 7.713, de 22 DEZ 1988, alterada pelas Leis n° 8.541, de 23 DEZ 1992, 9.250, de 26 DEZ 1995 e 11.052, de 29 DEZ 04”.

c) a data em o diagnóstico foi firmado.

d) a validade do Laudo Médico Pericial.

6.3 REVISÃO DE REFORMA PARA RETORNO AO SERVIÇO ATIVO

6.3.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde(IS) para revisão de reforma para retorno ao serviço ativo é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar reformado por incapacidade definitiva, encontra-se recuperado para o serviço ativo, de acordo com o art.112, da Lei n° 6.880/1980 e art.1º do Decreto n° 72.304/1973.

6.3.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de aptidão, devendo ser considerados os mesmos utilizados para o controle periódico de saúde (CPS).

b) o exame clínico deve ser acurado, com ênfase nas provas funcionais dos órgãos, aparelhos ou sistemas corporais envolvidos e os exames complementares obrigatórios são os mesmos para ingresso no serviço ativo e previstos no Anexo M destas Normas.

c) o AMP deve considerar, na sua análise, a patologia que motivou a incapacidade definitiva do inspecionado, devendo basear-se na documentação nosológica constante do processo de reforma.

6.3.3 COMPETÊNCIA

O AMP competente para a realização desta inspeção de saúde, é a JISR (Art 112 da Lei 6.880/90).

6.3.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para o serviço do Exército”;

b) “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não é inválido”;

c) “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Éinválido.

d) quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

1) “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

2) “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

3) “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

4) “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

6.4 INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS DE SERVIDOR PÚBLICO

6.4.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para integralização de proventos de servidor público é a perícia médica eventual na qual é verificado se o servidor público, aposentado com proventos proporcionais ao tempo de serviço, tornou-se inválido em conseqüência de qualquer das doenças especificadas no § 1°do art.186 da Lei n° 8.112/1990.

6.4.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente afinalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c) a incapacidade provocada por doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo comoVolume XIV destas Normas.

d) atentar para o fato de que a lista de doenças especificadas varia conforme a lei do benefício avaliado, não havendo uniformidade a ser presumida, conforme o contidono Anexo P.

6.4.3 COMPETÊNCIA

São competentes para arealização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.4.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Não é inválido”;

b) “É inválido. Não é portador de doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/1990”; ou

c) “É inválido. É portador de doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/1990”.

6.5 HABILITAÇÃO À PENSÃO ESPECIAL PELA VIÚVA DE MILITAR OU DE SERVIDOR PÚBLICO

6.5.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para habilitação à pensão especial é a perícia médica eventual na qual é verificado se a viúva do militar ou servidor public é portadora de Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia irreversível e incapacitante, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e Cardiopatia Grave, de acordo com a Lei nº 3.738/1960, alterada pelas Leis n° 6.782/1980 e 7.670/1988.

6.5.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c) a presença de doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

d) atentar para o fato de que a lista de doenças especificadas varia conforme a lei do benefício avaliado, não havendo uniformidade a ser presumida conforme o contido no Anexo P.

6.5.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.5.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (não é) inválida. É (Não é) portadora de doença especificada na Lei nº 3.738/1960, alterada pelas Leis n° 6.782/1980 e 7.670/1988".

6.6 HABILITAÇÃO À PENSÃO DE EX-COMBATENTE POR BENEFICIÁRIO INVÁLIDO

6.6.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde(IS) para habilitação à pensão de Ex-Combatente por beneficiário inválido é a perícia médica eventual na qual é verificado se o(a) filho(a), irmão(ã), pai ou mãe de ex-combatente se encontra inválido(a) de acordo com os itens III, IV e V do art. 5º, da Lei n° 8.059/1990.

6.6.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

6.6.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.6.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (Não é) inválido(a)".

6.6.5 OBSERVAÇÕES

a) quando o AMP concluir pela invalidez do inspecionado deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS, as seguintes expressões:

1) "A invalidez pré-existia (não pré-existia) aos 21 anos do (a) inspecionado(a)"; e

2) "A invalidez pré-existia (não pré-existia) ao óbito do instituidor da pensão".

b) quando tratar-se de doença incurável ou não passível de controle, o AMP fará constar no campo "Observações" a seguinte expressão: "Não necessita ser submetido a nova inspeção para revisão do benefício".

6.7 HABILITAÇÃO AO SALÁRIO-FAMÍLIA DE SERVIDOR PÚBLICO POSSUIDOR DE BENEFICIÁRIO INVÁLIDO

6.7.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para habilitação ao salário-família de servidor público é a perícia médica eventual na qual é verificado se o(a) filho(a) maior de idade de servidor público encontra-se inválido(a), de acordo com o item I do parágrafo único do art. 197, da Lei nº 8.112/1990.

6.7.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e pareceres subsidiários eventualmente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de

enquadramento na legislação do benefício solicitado.

6.7.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.7.4 FORMA DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (Não é) inválido(a)"

6.8 HABILITAÇÃO À PENSÃO MILITAR/CIVIL POR BENEFICIÁRIO INVÁLIDO

6.8.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para habilitação à pensão militar ou civil por beneficiário inválido é a perícia médica eventual na qual é verificado se o(a) beneficiário(a) legalmente instituído de acordo com o art. 7, da Lei n° 3.765/1960, alterado pelo art. 29, da Lei nº 8.216/1991 e alínea "a", inciso II, art. 217, da Lei nº 8.112/1990, encontra-se inválido(a) ou interdito(a), ou ainda, acometido(a) de enfermidade grave que o(a) impeça de prover a própria subsistência.

6.8.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

6.8.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.8.4 FORMA DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (Não é) inválido(a)".

6.8.5 OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela invalidez do inspecionado deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS as seguintes expressões:

a) "A invalidez pré-existia (não pré-existia) aos 21 anos do inspecionado(a)"; e

b) "A invalidez pré-existia (não pré-existia) ao óbito do instituidor da pensão".

6.9 CONCESSÃO OU REVISÃO DA ISENÇÃO DE RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DE RENDA

6.9.1 DEFINIÇÃO

a) Inspeção de Saúde (IS) para isenção do recolhimento de imposto de renda é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar reformado, o servidor público aposentado, o(a) pensionista de militar ou de público, é portador de Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Esclerose Múltipla, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia irreversível e incapacitante, Cardiopatia Grave, Doença de Parkinson, Espondiloartrose Anquilosante, contaminação por radiação ionizante, Nefropatia Grave, Hepatopatia Grave, estado avançado de Doença de Paget (Osteíte Deformante), Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e/ou Mucoviscidose, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou

reforma, de acordo com o item XIV do art. 6°, da Lei nº 7.713, de 22 DEZ 1988, alterada pelas Leis n° 8.541, de 23 DEZ 1992, 9.250, de 26 DEZ 1995 e 11.052, de 29 DEZ 04.

b) esta inspeção não se aplica aos militares reformados por um dos motivos constantes nos incisos I, II, III e IV do art. 108 da Lei nº 6.880, bem como, dos civis aposentados por acidente em serviço ou doença profissional, uma vez que a condição necessária para a concessão do benefício já está caracterizada no ato de reforma ou aposentadoria supracitada.

6.9.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) o requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c) a presença de doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.9.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.9.4 FORMA DE CONCLUSÃO PERICIAL

“É (Não é) portador de doença especificada na Lei nº 7.713, de 22 DEZ 1988, alterada pelas Leis n° 8.541, de 23 DEZ 1992, 9.250, de 26 DEZ 1995 e 11.052, de 29 DEZ 04”.

6.9.5 OBSERVAÇÕES

a) o AMP deverá declarar, no campo “Observações” a data em que foi firmado o diagnóstico, desde que comprovado, indubitavelmente, pela documentação médica anexada ao processo.

b) quando tratar-se de doença passível de cura ou controle, o AMP deverá fazer constar no campo “Observações” o prazo de validade do LMP.

c) constatada a irreversibilidade do quadro clínico que subsidiou o enquadramento legal, o AMP fará constar no campo “observações” a seguinte expressão: “Este laudo tem prazo de validade indeterminado”.

6.9.6 TRAMITAÇÃO

a) A SSR auditará o processo e, uma vez achado conforme, emitirá o Parecer Técnico, conforme modelo constante do Anexo I destas Normas, que juntado ao processo será remetido à SIP para a produção de efeitos administrativos;

b) As Regiões Militares remeterão, até o dia 5 (cinco) do mês subsequente, à Diretoria de Saúde, uma relação nominal contendo o nome e CPF dos inspecionados, a fim de que a D Sau possa auditar as perícias realizadas, mediante avaliação dos dados contidos na cópia de Ata e na FiRDI, disponíveis no SIPMED; e

c) Caso durante o procedimento de auditoria, a D Sau considere passível de impugnação alguma concessão de benefício, solicitará Inspeção de Saúde em Grau de Recurso ou Revisional, visando esclarecer a necessidade da manutenção ou suspensão do benefício.

d) Nas Guarnições onde o Exército não disponha de estrtura médico-pericial, serão acatados Laudos Médicos emitidos por médicos civis, vinculados ao sistema médico oficial do Estado, do Município ou da União, após a comprovação de autenticidade e

veracidade.

6.10 ALTERAÇÃO DA BASE DE CÁLCULO DA PENSÃO MILITAR

6.10.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para Alteração da Base de Cálculo da Pensão Militar é a perícia médica documental na qual é verificado se o militar, ao falecer, era considerado inválido por Tuberculose Ativa, AlienaçãoMental, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia irreversível e incapacitante, Cardiopatia Grave, Doença de Parkinson, Esclerose Múltipla, Pênfigo, Espondiloartrose Anquilosante, Nefropatia Grave, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS).

6.10.2 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b) O AMP deverá proceder a perícia de natureza documental, não podendo ater-se somente à causa-mortis registrada na Certidão de Óbito para constatar a existência de doença especificada em Lei. Para isto o AMP deverá analisar toda a documentação médica disponível, atual e pregressa, que poderá constar de: prontuário médico, laudo de necropsia, boletim de atendimento de emergência, laudos anatomopatológicos, laudos médicos e exames complementares.

c) A incapacidade provocada por doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.10.3 COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.10.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “SE VIVO FOSSE: Apto para o serviço do Exército”;

b) “SE VIVO FOSSE: Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido”; ou

c) “SE VIVO FOSSE: Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. É inválido”.

6.10.5 OBSERVAÇÕES

a) quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ___ do art. 108, da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980”.

b) o enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do art. 108, da Lei nº 6.880/1980:

1) o inciso I - ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

2) o inciso II - enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

3) o inciso III - acidente em serviço;

4) o inciso IV - doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

5) o inciso V - tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas

conclusões da medicina especializada; e

6) O inciso VI - acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

6.10.6 Para a realização desta perícia documental, o AMP, após receber e analisar a documentação pertinente ao caso, emitirá o relatório constante do Anexo AD.

VOLUME VII

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

7.1 MUDANÇA DE PRÓPRIO NACIONAL RESIDENCIAL POR MOTIVO DE SAÚDE

7.1.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde (IS) para mudança de Próprio Nacional Residencial (PNR) por motivo de saúde é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças que possam comprometer o estado sanitário próprio ou de seus dependentes, relacionadas ao uso do PNR.

7.1.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é o MPGu.

7.1.3 PROCEDIMENTOS

O AMP deverá proceder aos exames clínicos dos inspecionados e, além de lançar os registros médicos disponíveis, dar especial ênfase as condições mórbidas do inspecionado vinculadas ao estado sanitário do PNR.

7.1.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

As formas de conclusão a serem usadas são as seguintes:

a) "Necessita (Não necessita) mudar de Próprio Nacional Residencial por motivo de saúde própria"; ou

b) "Necessita (Não necessita) mudar de Próprio Nacional Residencial por motivo de saúde de seu dependente".

7.1.5 OBSERVAÇÕES

O AMP deverá lançar no campo "observações" da cópia de Ata de Inspeção de Saúde (AIS), após visitar o PNR, as seguintes informações:

a) as causas determinantes para emissão do parecer; e

b) qual aspecto sanitário fundamental do imóvel a ser ocupado atenderá às condições de saúde do inspecionado, se houver.

7.2 TRATAMENTO DE SAÚDE NO EXTERIOR

7.2.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde (IS) para tratamento de saúde no exterior é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças que não disponham de tratamento em território nacional.

7.2.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é uma JISE.

7.2.3 PROCEDIMENTOS

O AMP deverá proceder aos exames clínicos dos inspecionados e, além de lançar os registros médicos disponíveis, verificar a existência de doenças associadas, cujo tratamento possa solucionar ou melhorar o quadro inicial.

7.2.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

a) "Necessita de tratamento especializado no exterior"; ou

b) "Não necessita de tratamento especializado no exterior".

7.2.4.1 Em caso positivo, o AMP deverá complementar o parecer com as expressões:

a) necessita (não necessita) de acompanhamento técnico e/ou leigo,

especificando no acompanhamento técnico o prazo necessário; e

b) necessita (não necessita) de tratamento especializado durante o seu deslocamento, em caso positivo discriminar o percurso.

7.2.5 OBSERVAÇÕES

7.2.5.1 Havendo necessidade de tratamento especializado no exterior, o AMP deve fazer constar da Ata de Inspeção de Saúde:

a) diagnóstico alfanumérico por extenso, detalhado, especificando as lesões ou doenças, sua natureza e localização;

b) acrescentar no campo "Observações" da cópia de Ata de Inspeção de Saúde (AIS), as seguinte informações:

1) o paciente é (não é) terminal;

2) existe (não existe) perspectiva de êxito;

3) existe (não existe) tratamento similar no Brasil;

4) nome e endereço completo da clínica no exterior para onde deve ser encaminhado; e

5) tempo de duração provável do tratamento.

7.2.5.2 O inspecionado menor de 18 (dezoito) anos de idade, viajará, obrigatoriamente, com acompanhante, ficando os demais casos na dependência do parecer da JISE.

7.2.5.3 A JISE deverá preencher a Ficha de Informação, contida no Anexo Q destas Normas.

7.3 MOVIMENTAÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE

7.3.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde para movimentação por motivo de saúde própria ou de dependente é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças e/ou acidentes a fim de manter ou não o tratamento médico-hospitalar do inspecionado na Guarnição de origem e/ou de destino e são realizadas com as seguintes finalidades:

a) movimentação por motivo de saúde - visa atender a situação em que o militar que serve em Guarnição que não oferece condições adequadadas para seu tratamento ou de dependente, venha a requerer movimentação por motivo de saúde para outra Guarnição com melhores condições;

b) permanência na Guarnição por motivo de saúde - visa atender a situação em que o militar que tendo sido movimentado, requeira reconsideração de ato administrativo para anular a movimentação, alegando motivo de saúde própria ou de dependente;

c) alteração da Guarnição de destino por motivo de saúde - visa atender a situação em que o militar que tendo sido movimentado, requeira reconsideração de ato administrativo para alterar a Gu de destino, alegando motivo de saúde própria ou de dependente;

d) persistência dos motivos da movimentação por motivo de saúde - inspeção realizada anualmente, para verificar se persisitem os motivos de saúde próprio ou de dependente que justificaram sua movimentação para a Guarnição atual; e

e) persistência dos motivos de permanência na Guarnição por motivo de saúde - inspeção realizada anualmente, para verificar se persisitem os motivos de saúde próprio ou de dependente que justificaram a anulação da movimentação para permanecer naquela Guarnição.

7.3.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a estas IS em primeira instância é o MPGu.

7.3.3 PROCEDIMENTOS

O AMP deverá proceder aos exames clínicos dos inspecionados e, além de lançar os registros médicos especializados, dar especial ênfase a documentação nosológica (em que deve constar o tempo de tratamento, a existência de refratariedade, a adesão do paciente) e as condições técnicas disponíveis para o tratamento na Guarnição.

7.3.3.1 Doenças respiratórias

Nas doenças respiratórias, de origem alérgica ou não, os AMP deverão observar:

a) se os pacientes residem em guarnições que disponham de alergologista e/ou pneumologista, eles deverão ser acompanhados por estes profissionais por um período mínimo de um ano, buscando identificar fatores causais tais como clima, temperatura, umidade relativa do ar e outros que possam esencadear e/ou interferir nas crises alérgicas;

b) se os pacientes, com diagnóstico de asma brônquica, são acometidos de crises moderadas a fortes, que fujam do controle clínico, mediante terapêutica adequada, e sejam corticóide-dependentes, no mínimo, há um ano; e

c) que a cópia dos documentos abaixo deverá ser anexada aos processos de movimentação por motivo de saúde, conforme o caso:

1) prova de função pulmonar para os inspecionados acima dos seis anos, evidenciando distúrbio ventilatório obstrutivo grau IV, realizada na intercrise;

2) teste de inalantes, positivos para ácaros;

3) Ig E total ou específica;

4) exame radiológico de tórax; e

5) comprovação de hospitalização prolongada e persistente, com diagnóstico de estado de mal asmático.

7.3.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

a) “Necessita (não necessita) ser movimentado por motivo de saúde própria/dependente”;

b) “Necessita (não necessita) permanecer na OM por motivo de saúde própria/dependente”;

c) “Necessita (não necessita) alterar a OM de destino por motivo de saúde própria/dependente”;

d) “Persistem (não persistem) os motivos que motivaram a movimentação”; e

e) “Persistem (não persistem) os motivos de permanência na OM”.

7.3.5 OBSERVAÇÕES

7.3.5.1 Quando os recursos técnicos para o tratamento do inspecionado forem preponderantes, o AMP terá que indicar no campo “observações” da Ata de Inspeção de Saúde (AIS):

a) tipo de especialidade requerida para o tratamento do inspecionado;

b) tempo provável de duração do tratamento; e

c) se a guarnição em que se encontra o inspecionado, ou para a qual foi movimentado possui, ou não, recursos técnicos para o seu tratamento.

7.3.5.2 Quando o fator clima tiver influência marcante para o agravamento da doença do inspecionado, o AMP deverá declarar, no campo “Observações”, o tipo de clima indicado às suas necessidades, conforme Anexo R.

7.3.5.3 As Inspeções de Saúde com as finalidades de “persistência dos motivos demovimentação por motivo de saúde” e “persistência dos motivos de permanência na

Guarnição por motivo de saúde", somente poderão ser realizadas após completado um ano da inspeção de saúde que motivou a movimentação ou a alteração da movimentação do militar.

7.3.5.4 No caso de inspeção de saúde para fim de movimentação por motivo de saúde, permanência na OM por motivo de saúde ou alteração da guarnição por motivo de saúde, deverá ser anexada também, declaração firmada pelo Diretor da OMS que atende o inspecionado ou pelo Cmt/Ch da OM a que pertence o militar, informando que a guarnição dispõe ou não de recursos técnicos, as LTSP ou LTSPF já concedidas ao militar, bem como as internações do militar ou dependente em OMS/OCS.

7.3.5.5 Os AMP não indicarão sedes para onde o militar deve ser movimentado, pois cabe à DSau sugerir os locais mais adequados para a realização do tratamento de saúde do militar ou de seu dependente.

7.3.5.6 A documentação médica que justifica o parecer, deve ser remetida em duplo envelope lacrado, apenso ao processo, com a citação "DOCUMENTAÇÃO MÉDICA – manuseio permitido apenas ao Serviço de Saúde".

7.4 LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA

7.4.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde (IS) de Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF) é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças e/ou acidentes ocorridos com pessoa da família do militar ou servidor público, que obriguem sua permanência junto ao familiar acompanhando o tratamento.

7.4.2 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para proceder a esta IS em primeira instância são:

a) o MPOM, até trinta dias, consecutivos ou não, por ano; e

b) o MPGU, até dois anos, de acordo com o art. 98 do Estatuto dos Militares.

7.4.3 PROCEDIMENTOS

a) o AMP deverá proceder aos exames clínicos do inspecionado e lançar os registros médicos disponíveis, com ênfase na documentação nosológica subsidiária para emissão do parecer.

b) uma sindicância deverá certificar que o militar ou servidor público é, de fato, a única pessoa da família do inspecionado, em condições de proporcionar o acompanhamento necessário ao seu tratamento.

c) não será necessária reapresentação do dependente ao AMP por término de licença se não houver intenção de prorrogá-la, ou caso cesse o motivo da licença (cura ou falecimento do inspecionado).

d) o prazo máximo da LTSPF ou de cada uma das prorrogações é de noventa dias.

e) quando o AMP emitir parecer que resulte em licença para tratamento de saúde de pessoa da família, com duração maior que as previstas no Anexo AA, contínuos ou em prorrogação imediata, deverá encaminhar à Seção de Saúde Regional (SSR), <u>no prazo de cinco dias úteis</u>, para fim de controle, a cópia da ata de inspeção de saúde e a documentação nosológica subsidiária, que serviu de base para emissão de parecer.

7.4.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

A forma de conclusão a ser usada é a seguinte:

a) "Necessita de assistência permanente de pessoa da família" durante ____ dias,

a contar de ___/_____/___ (dia/mês/ano)”. Acrescentar a expressão “em prorrogação” quando for o caso; ou

b. “Não necessita de assistência permanente de pessoa da família”.

7.4.5 OBSERVAÇÕES

a) o prazo para conclusão do parecer que trata da concessão ou prorrogação de LTSPF é de três dias a contar do comparecimento do inspecionado ante o AMP.

b) o militar em LTSPF deverá apresentar seu familiar ao AMP três dias antes do término da licença, caso seja necessária sua prorrogação.

c) caso o AMP necessite submeter o inspecionado a avaliação especializada ou a exames complementares para a emissão de seu parecer, deverá propor a concessão de licença por período que permita a conclusão das avaliações e exames.

7.5 COMPROVAÇÃO DE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

7.5.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para comprovação de necessidades educativas especiais dos portadores de deficiência (auditiva, física, mental, visual e múltipla) e portadores de altas habilidades.

7.5.1.1 Para efeito destas Normas, considera-se:

a) deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (Db) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000Hz;

b) deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho das funções;

c) deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1) comunicação;
2) cuidado pessoal;
3) habilidades sociais;
4) utilização dos recursos da comunidade;
5) saúde e segurança;
6) habilidades acadêmicas;
7) lazer; e
8) trabalho.

d) deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a menor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a menor correção óptica; casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

e) deficiência múltipla – é a associação de duas ou mais deficiências;

f) altas habilidades – é o notável desempenho e elevada potencialidade em qualquer dos seguintes aspectos, isolados ou combinados:

1) capacidade intelectual geral;
2) aptidão acadêmica específica;

3) pensamento criativo ou produtivo;
4) talento especial para as artes;
5) capacidade de liderança; e
6) capacidade psicomotora.

g) Condutas típicas - são manifestações de comportamento típicas de portadores de síndromes, quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízos no relacionamento social, em grau que requeira atendimento educacional especializado.

7.5.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é o MPGu.

7.5.3 PROCEDIMENTOS

A reinspeção do portador de necessidades educativas especiais será definida pelos AMP.

7.5.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

As formas de conclusão a serem usadas são as seguintes:

a) “É portador de necessidades educativas especiais”; ou
b) “Não é portador de necessidades educativas especiais”.

7.5.5 OBSERVAÇÕES

Em caso de “portador de necessidades educativas especiais” acrescentar no campo “observações” da ata de inspeção de saúde, uma das expressões:

a) “Deverá ser reinspecionado em ___/____/___ (dia/mês/ano)”; ou
b) “A necessidade educativa especial tem caráter definitivo”.

7.6 CONSTATAÇÃO DE INVALIDEZ PARA RECADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIO

7.6.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde realizada para constatar a presença de invalidez a fim de permitir o recadastramento de beneficiário que já tenha atingido a idade limite para tal.

7.6.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é o MPGu.

7.6.3 FORMAS DE CONCLUSÃO

a) “É inválido”; ou
b) “Não é inválido”.

7.6.4 OBSERVAÇÕES

Sem observações.

VOLUME VIII

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA FINS ADMINISTRATIVOS

8.1 REINTEGRAÇÃO, REVERSÃO, READAPTAÇÃO, REDISTRIBUIÇÃO E REMOÇÃO DE SERVIDOR PÚBLICO

8.1.1 DEFINIÇÃO

8.1.1.1 Reintegração

A inspeção de saúde (IS) para reintegração de servidor público (demissão invalidada por decisão administrativa ou judicial) é a perícia médica que verifica se o inspecionado adquiriu alguma doença no período de tempo entre seu desligamento e a data considerada para reinvestidura no cargo anteriormente ocupado.

8.1.1.2 Reversão

A inspeção de saúde (IS) para reversão de servidor público é a perícia médica que verifica se o servidor aposentado por invalidez está totalmente curado da doença que motivou essa invalidez, comprovando-se assim a insubsistência do motivo da aposentadoria e se surgiu outra condição psicofísica que impeça ou desaconselhe o reingresso no serviço público.

8.1.1.3 Readaptação

A inspeção de saúde (IS) para readaptação profissional é a perícia médica que verifica a existência de restrições funcionais decorrentes de doenças, estabelecendo quais as modalidades profissionais compatíveis com as restrições constatadas.

8.1.1.4 Redistribuição

A inspeção de saúde (IS) para redistribuição é a perícia médica que verifica se o servidor público, redistribuído de outro Ministério ou Comando, para o Comando do Exército ou vice-versa, demonstra incapacidade física ou mental para o exercício do cargo, objetivando instruir o processo de redistribuição ou sua anulação.

8.1.1.5 Remoção

A inspeção de saúde (IS) para remoção é a perícia médica que verifica se o servidor público necessita ser removido para outra localidade, independente de vaga, por motivo de saúde do servidor, cônjuge, companheiro ou dependente, comprovado pelo AMP.

8.1.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para realizar estas IS, em primeira instância, é o MPGu ou JISE.

8.1.3 NORMAS DE PROCEDIMENTO

a) os AMP deverão executar exame clínico criterioso, verificando especialmente os órgãos e sistemas relacionados à possível restrição funcional, não havendo índices e padrões rígidos. É necessário, entretanto, para estarem aptos, que os servidores estejam isentos de patologia mental ou infecciosa ou de doença invalidante ou incapacitante para o exercício das atividades profissionais.

b) no caso de reversão, se o servidor estiver aposentado por invalidez, o AMP deverá obrigatoriamente rever os motivos constantes no respectivo processo de aposentadoria.

c) no caso de readaptação profissional de servidor público, após a constatação da incapacidade relativa do servidor, o AMP deverá solicitar à Seção de Pessoal a lista de

atribuições do cargo do inspecionado.

d) de posse da listagem, o AMP sugerirá quais os itens que podem ser realizados pelo servidor e quais os que, pela limitação de sua doença, o servidor não pode realizar.

e) somente será encaminhado para readaptação o servidor que não consiga realizar, no mínimo, 70% das atribuições do seu cargo.

f) na impossibilidade de Readaptação o servidor público será aposentado.

8.1.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) "Apto para ________. (Reintegração, Reversão ou Redistribuição)";

b) "Incapaz definitivamente para o exercício de suas funções. Convém ser readaptado";

c) "Incapaz temporariamente por __ dias para ____ (Reintegração ou Reversão)";

d) "Incapaz definitivamente para ________ (Reintegração ou Reversão)"; ou

f) "Necessita ser removido por motivo de saúde".

8.1.4.1 No caso de incapacidade para Redistribuição, utilizar as formas de conclusão de incapacidade temporária e definitiva para servidores civis constantes do Volume XII destas Normas.

8.1.5 RECOMENDAÇÕES PARA REMOÇÃO DE SERVIDORES

a) nas doenças vasculares, devidamente comprovadas mediante documentação nosológica especializada, os AMP deverão observar se o clima influencia ou agrava o quadro clínico, e se existe a associação com espasmos arteriais ou claudicação intermitente.

b) nas doenças psiquiátricas, devidamente comprovadas mediante documentação nosológica especializada, os AMP deverão observar:

1) se o ambiente, ou o afastamento do núcleo familiar é um fator de risco ou de agravamento do quadro clínico, considerando-se a dependência econômica e a residência sob o mesmo teto, ambas expressamente declaradas na OM de vinculação;

2) que os casos de neurose fiquem restritos ao estado fóbico, aos transtornos obsessivo-compulsivos e à depressão neurótica; e

3) se o inspecionado recebe tratamento especializado, quando disponível, no mínimo, há um ano na localidade de origem.

c) o servidor portador de doença que necessite, para seu controle, de acompanhamento em centro de tratamento específico, deverá ter no seu processo, além da documentação nosológica especializada, declaração, firmada pelo diretor da organização militar de saúde (OMS) que assiste o paciente ou do comandante da OM a que pertencer o inspecionado, informando a inexistência de recursos técnicos em OMS ou em organizações civis de saúde (OCS), na guarnição onde trabalha o servidor.

d) nas doenças respiratórias, de origem alérgica ou não, observar:

1) se os pacientes residem em guarnições que disponham de alergologista e/ou pneumologista, eles deverão ser acompanhados por estes profissionais por um período mínimo de um ano, buscando identificar fatores causais tais como clima, temperatura, umidade relativa do ar e outros que possam desencadear e/ou interferirem nas crises alérgicas;

2) se os pacientes, com diagnóstico de asma brônquica, são acometidos de crises moderadas a fortes, que fujam do controle clínico, mediante terapêutica adequada, e sejam corticoide-dependentes, no mínimo, há um ano; e

3) que deverá ser considerada e anexada aos processos de movimentação por motivo de saúde, conforme o caso, prova de função pulmonar evidenciando distúrbio ventilatório obstrutivo grau IV, realizada na intercrise (inspecionado acima dos seis anos); teste de inalantes, positivos para ácaros; Ig E total ou específica; exame radiológico de

tórax; e comprovação de hospitalização prolongada e persistente, com diagnóstico de estado de mal asmático.

e) Quando o fator clima tiver influência marcante para o agravamento da doença do inspecionado, o AMP deverá declarar, no campo “Observações” da ata de inspeção de saúde, o tipo de clima indicado às suas necessidades, conforme Anexo R.

f) Quando os fatores ambientais tiverem influência marcante para o agravamento de saúde do inspecionado, o AMP terá que mencionar este fato no campo “Observações” da ata de inspeção de saúde.

g) Quando os recursos técnicos para o tratamento do inspecionado forem preponderantes, o AMP terá que indicar no campo “Observações” da ata de inspeção de saúde:

1) tipo de especialidade requerida para o tratamento do inspecionado;

2) tempo provável de duração do tratamento; e

3) se a guarnição, em que se encontra o inspecionado, possui, ou não, recursos técnicos para o seu tratamento.

8.2 APLICAÇÃO DE TESTE DE APTIDÃO FÍSICA ALTERNATIVO

8.2.1 DEFINIÇÃO

a) esta inspeção aplica-se aos militares que não apresentarem condições físicas para realização de um ou mais Objetivos Individuais de Instrução (OII) do TAF, regulamentar e necessitar de realizar o TAF alternativo.

b) o Teste de Aptidão Física (TAF) alternativo será realizado pelo militar, nas condições estabelecidas na legislação que regula o assunto.

8.2.2 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar esta IS, em primeira instância, são o MPOM e o MPGu.

8.2.3 PROCEDIMENTO PERICIAL

a. Ao apresentar o militar para inspeção de saúde para esta finalidade, a OM deverá informar, no DIEx de apresentação, os OII aos quais o militar está sujeitos; e

b. O AMP deverá examinar e avaliar o militar a fim de constatar a necessidade ou não, de afastar o militar da realização de um ou mais OII específico.

8.2.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Necessita realizar o Teste de Aptidão Física (TAF) alternativo”;

b) “Não necessita realizar o Teste de Aptidão Física (TAF) alternativo”; ou

8.2.5 OBSERVAÇÕES

O AMP deverá fazer constar nas observações quais os Objetivos Individuais de Instrução (OII) que o inspecionado não pode realizar, devendo para tanto, a comissão nomeada pela OM indicar quais os OII que o inspecionado está sujeito.

8.3 AVALIAÇÃO DE TRIPULANTES ENVOLVIDOS EM ACIDENTE AERONÁUTICO

8.3.1 DEFINIÇÃO

É a inspeção de saúde (IS) realizada em tripulantes de aeronaves sinistradas ou envolvidas em incidentes aeronáuticos, mesmo na ausência de lesões corporais.

8.3.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para realizar esta IS, em primeira instância, é o MPGu.

8.3.3 PROCEDIMENTO PERICIAL

a) será solicitada avaliação psicológica e laudo de médico militar especialista em

medicina aeroespacial. Os resultados oficiais das avaliações específicas deverão estar à mão dos AMP para a realização da entrevista pericial.

b) as informações necessárias para a formulação de pareceres serão obtidas do próprio examinado e/ou de relatórios médicos, hospitalares e até de outras fontes pertinentes.

c) os AMP obterão uma história pessoal do inspecionado tão completa quanto possível, suficiente para lhes fornecer uma ideia de seu comportamento no passado. Especial atenção será dada à sua história familiar, escolar, social e ocupacional.

d) os AMP terão sempre em mente o objetivo final visado pelo exame, que é verificar a capacidade atual para executar corretamente a função de tripulante, integrar-se satisfatoriamente a um grupo determinado e preservar a segurança e eficiência da operação aérea.

e) o AMP tratará de assegurar-se da inexistência no inspecionado de transtornos psíquicos e de distúrbios de personalidade que venham a comprometer a competência e a segurança da execução de suas funções e, quando persistirem dúvidas, recorrerá aos meios que julgar necessários, inclusive a solicitação de laudos especializados para dirimir qualquer dúvida com relação às conclusões finais.

8.3.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para o exercício de atividade aérea”;

b) “Incapaz temporariamente para o exercício de atividade aérea. Deverá ser reavaliado em _____ dias”; ou

c) “Incapaz definitivamente para o exercício de atividade aérea”.

8.3.5 RECOMENDAÇÕES

a) a solicitação de avaliações psicológicas (testes e/ou entrevistas) visa facilitar a avaliação inicial das aptidões e reações da personalidade dos inspecionados e auxiliarão a uma conclusão diagnóstica precisa.

b) quando os recursos psicológicos forem empregados, estes antecederão às entrevistas finais e estarão disponíveis para o AMP, sendo considerados, dentro dos seus limites naturais, na formação do juízo sobre o inspecionado.

c) o AMP deverá especificar os itens a serem elucidados pelo psicólogo quando solicitar avaliação por esse profissional.

VOLUME IX

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES ESPECIAIS

9.1 ATIVIDADES DE AVIAÇÃO

9.1.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde para atividades de aviação é a perícia médica realizada durante a seleção dos candidatos à aviação do Exército e controle dos militares já habilitados, a fim de verificar se aqueles preenchem os padrões psicofísicos exigidos e se estes mantêm as condições estabelecidas para o exercício de suas funções.

9.1.2 CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

O pessoal da Aviação do Exército, para fins de controle, deverá ser classificado nas classes I, II e III conforme se segue.

9.1.2.1 Classe I - Está incluído nesta classe o pessoal destinado à pilotagem aérea, divididos em dois grupos:

a) Grupo de Serviço I (GS-I) - pilotos militares com até 35 (trinta e cinco) anos completos; e

b) Grupo de Serviço II (GS-II) - pilotos militares com 36 (trinta e seis) ou mais anos.

9.1.2.2 Classe II - Compreende o serviço em vôo com ou sem o controle eventual da aeronave, estando dividida em dois grupos:

a) Grupo de Serviço I (GS-I) - compreende os médicos de aviação que eventualmente possam exercer o controle real da aeronave de asa rotativa e ainda os controladores de vôo e os operadores de radar; e

b) Grupo de Serviço II (GS-II) - compreende o pessoal de serviço em vôo, sem o controle real da aeronave.

9.1.2.3 Classe III - Compreende os militares especializados e subespecializados em aviação, mas não obrigados ao vôo.

9.1.3 PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO

9.1.3.1 Serão submetidos à inspeção de saúde, somente, os candidatos aprovados no exame psicológico que é a avaliação de atributos nas áreas afetiva e cognitiva, a cargo do Centro de Estudos de Pessoal.

9.1.3.2 Na área afetiva serão avaliados os atributos controle emocional, iniciativa, decisão, autoconfiança, cooperação, objetividade e adaptabilidade/flexibilidade.

9.1.3.3 Na área cognitiva serão avaliados os atributos memória, raciocínio espacial, raciocínio abstrato e atenção concentrada.

9.1.4 PROCEDIMENTOS PARA CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE

9.1.4.1 O controle dos padrões psicofísicos do pessoal incluído nas Classes I e II terá caráter permanente e será realizado por inspeções de saúde periódicas, com a seguinte periodicidade:

a) Classes I e II – anualmente; e

b) Classe III – bianualmente.

9.1.4.2 Será considerado incapaz para a Aviação do Exército o militar que não preencher os padrões específicos para seleção e controle constantes destas Normas.

9.1.4.3 A aptidão verificada nas inspeções de seleção terá validade de um ano, para qualquer finalidade, podendo ser reduzida para um número menor de meses, a critério do AMP, devendo, nesse caso, ser fixado um prazo para o reexame.

9.1.4.4 Não se aplica o contido no item anterior aos militares envolvidos em acidente aeronáutico, que serão submetidos à inspeção de saúde conforme o contido no Volume VIII destas Normas.

9.1.4.5 Serão obrigatoriamente registradas nas FiRDI as causas que motivaram a incapacidade temporária, bem como as recomendações necessárias para a sua correção.

9.1.4.6 A incapacidade temporária para as atividades aéreas não pode perdurar por mais de vinte e quatro meses consecutivos ou não. Se confirmada, após este prazo, a condição passará a ser de “incapacidade definitiva”.

9.1.4.7 Nas incapacidades que se referirem às atividades aéreas, será acrescentada na cópia da ata de inspeção de saúde a observação correspondente, o que resultará no aproveitamento do militar nas funções em terra, observada a sua formação ou especialidade, quando for o caso.

9.1.4.8 Após cada inspeção de saúde, o militar receberá um cartão de saúde, conforme modelo constante do Anexo T destas Normas.

9.1.4.9 A responsabilidade pelo controle da validade da inspeção de saúde é individual, devendo o militar interessado entrar em contato com a seção de saúde de sua OM para providenciar sua nova inspeção, antes que se esgote o prazo de validade vigente. Caso o prazo de validade tenha se esgotado, o militar ficará impossibilitado de exercer suas atividades de vôo até que seja concluída sua nova inspeção, cabendo à seção de saúde fazer o controle complementar.

9.1.5 COMPETÊNCIA

O MPOM é o AMP competente para realizar o controle periódico de saúde de aeronavegantes. Nos demais casos, os MPGu ou JISE.

9.1.6 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.1.6.1 Para Seleção

a) “Apto para matrícula no curso __________ (especificar o curso)”. - aplica-se ao inspecionado possuidor de perfeitas condições de sanidade física e mental, e que atenda aos requisitos para seleção;

b) “Inapto para matrícula no curso __________ (especificar o curso)” – aplica-se ao inspecionado que não atenda aos requisitos para seleção.

9.1.6.2 Para Controle Periódico

a) “Apto para atividade aérea” (especificar, entre parênteses, a especialidade do inspecionado) – aplica-se ao inspecionado que atenda aos requisitos específicos de sua classe;

b) “Incapaz temporariamente para atividade aérea” - aplica-se ao militar doente ou lesionado, passível de recuperação, e que se encontra temporariamente impossibilitado de exercer atividade aérea, porém está apto para o serviço do Exército. Deverá ser complementado com a expressão “Deverá ser submetido à nova inspeção de saúde em _____ dias” (máximo 90 dias); ou

c) “Incapaz definitivamente para atividade aérea” - aplica-se ao militar inspecionado e julgado incapaz definitivamente para atividade aérea, por apresentar lesão, defeito físico, doença mental ou doença incompatível com a referido atividade, porém está apto para o Serviço do Exército.

9.1.7 REQUISITOS COMUNS PARA SELEÇÃO

Os requisitos apresentados a seguir serão utilizados, exclusivamente, no processo de seleção aos cursos de atividade aérea, sendo comuns a todas as Classes e Grupos, devendo ser observado as causas de incapacidade previstas no Anexo U, destas Normas.

9.1.7.1 Requisitos Físicos

a) estatura - o Inspecionando deverá apresentar estatura mínima de 1,60m (sexo masculino) e 1,55m (sexo feminino).

b) peso - nas Inspeções de Saúde de Ingresso serão considerados como contraindicados para matrícula, os candidatos que obtiverem os valores de IMC menores que 18,5, caracterizando a magreza, e maiores que 24,9, caracterizando o sobrepeso e os diversos graus de obesidade.

9.1.7.2 Requisitos Neurológicos - Serão considerados aptos os inspecionados com:

a) história familiar livre de afecções neurológicas de incidência familiar ou hereditária;

b) ausência de “déficit” neurológicos transitórios ou permanentes, indicativos de afecções do sistema nervoso central e periférico, abrangendo:

1) nervos periféricos, inclusive cranianos;
2) força muscular, global e segmentar;
3) sensibilidade superficial e profunda;
4) coordenação axial e apendicular (estática e dinâmica);
5) exame muscular, incluindo pesquisas de miotonia, atrofias, hipertrofias e distúrbios de tônus;
6) marchas;
7) reflexos, superficiais e profundos;

c) eletroencefalograma (EEG) normal.

9.1.7.3 Requisitos Psíquicos - Não poderão estar presentes os seguintes transtornos mentais e comportamentais:

a) neuroses
b) psicopatias e transtornos da personalidade em geral;
c) reações de imaturidade emocional e afetiva;
d) enurese noturna tardia e repetitiva;
e) tartamudez acentuada;
f) tiques ou maneirismo acentuados;
g) alcoolismo e embriaguez patológica;
h) toxicomanias em geral;
i) história de tentativa de suicídio; e
j) história de dois ou mais casos de psicose em pai, mãe ou irmãos.

9.1.7.4 Requisitos Ortopédicos - Os inspecionados não poderão apresentar no exame ortopédico das Inspeções de Saúde iniciais, as seguintes anomalias:

a) escoliose não podendo ultrapassar 12º (doze) graus Cobb;

b) lordose acentuada, com mais de 48º (quarenta e oito) graus Ferguson no sexo masculino e 60º (sessenta graus) Ferguson no sexo feminino;

c) cifose que ao estudo radiológico, apresente mais de 40º(quarenta) graus Cobb, tanto no sexo masculino quanto no feminino;

d) “Genu Recurvatum” com mais de 5º (cinco graus) além da posição neutra, em raios X lateral, decúbito dorsal com elevação ao nível do calcâneo de 10cm (dez) em situação de relaxamento;

e) “Genu Varum” que apresente distância bicondilar superior a 7cm (sete), ao exame clínico, sendo que as radiografias realizadas em posição ortostática com carga evidenciem acima de 6º (seis) graus, no eixo anatômico;

f) “Genu Valgum” que apresente distância bimaleolar superior a 7cm (sete), cujas radiografias realizadas em posição ortostática com carga evidenciem 6º (seis) graus no sexo masculino e até 9º (nove) graus no sexo feminino, no eixo anatômico;

g) megapófises de vértebra lombar que apresentem articulação anômala unilateral no estudo radiológico;

h) espinha bífida com repercussão neurológica;

i) anomalia no comprimento dos membros inferiores que apresentem ao exame, encurtamento de um dos membros superior a 15mm (quinze), constatado em mensuração referencial da crista ilíaca até o maléolo interno e confirmado através de escanometria de membros inferiores;

j) hemivértebra, tumores vertebrais (benignos e malignos), sequela de fraturas que comprometam mais de 50% (cinquenta por cento) do corpo vertebral, laminectomia, passado de cirurgia de hérnia discal, pinçamento discal lombar maior que 20% (vinte por cento) do espaço intervertebral;

k) todas as espondilólises e as espondilolisteses;

l) Os exames radiológicos, para a coluna vertebral, deverão ser realizados no filme 35cm (trinta e cinco) x 43cm (quarenta e três), com o inspecionando em pé e descalço, em AP e Perfil, incluindo como limite inferior à 1a vértebra sacra. A ampola de raios X distará do chassi em 180cm (cento e oitenta).

9.1.8 REQUISITOS PARA SELEÇÃO PARA A CLASSE I

9.1.8.1 Requisitos Cardiológicos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo P.

9.1.8.2 Requisitos Visuais

a) acuidade visual a 6 (seis) metros igual a 1,0 (20/20) em cada olho, separadamente, sem correção;

b) acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros igual a J-1 em cada olho, separadamente, sem correção;

c) senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas;

d) motilidade ocular extrínseca:

1) índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os seguintes limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros:

- endoforia até 10 dioptrias prismáticas;
- exoforia até 05 dioptrias prismáticas; e
- hiperforia até 01 dioptria prismática;

2) capacidade de divergência de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas, sendo que a divergência deve ser igual ou exceder à endoforia; e

3) poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP).

e) campo visual – qualquer escotoma central ou para-central inabilita. Não deverá apresentar contração maior do que 15 (quinze) graus em qualquer meridiano, considerado os seguintes limites (exame realizado a critério do especialista):

1) temporal - 90 graus;
2) superior - 50 graus;
3) nasal - 60 graus; e
4) inferior - 70 graus;

f) visão de profundidade pesquisada em aparelho específico, "Keystone ou Ortho-Rater". Será considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma;

g) Oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg; e

h) Os candidatos que foram submetidos à cirurgia refrativa (CERATOTOMIA RADIAL) serão incapacitados.

9.1.8.3 Requisitos Auditivos

a) audibilidade com perda tolerável de até 25db (vinte e cinco decibéis) ISO (International Standard Organization), nas frequências de 250 (duzentos e cinquenta) a 6.000 (seis mil) ciclos/segundo em cada ouvido, separadamente;

b) audibilidade para voz cochichada a cinco metros em cada ouvido, separadamente; e

c) ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.1.8.4 Requisitos Odontológicos

a) presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b) presença de, no mínimo, 04 (quatro) molares naturais, 01 (um) em cada hemiarcada. Os espaços existentes, em decorrência de ausências de molares e/ou pré-molares, deverão estar ocupados por próteses que satisfaçam à estética e função;

c) ausência de cáries;

d) ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual;

e) ausência de afecções periapicais constatadas visualmente, ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos; e

f) ausência de má-oclusões do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea.

9.1.9 REQUISITOS PARA SELEÇÃO PARA A CLASSE II

9.1.9.1 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados até 35 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.9.2 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados a partir de 36 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e) lipidograma normal;

f) teste ergométrico normal; e
g) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.9.3 Requisitos Visuais

a) acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0,66 (20/30), em cada olho, separadamente, com ou sem correção;
b) acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-2 em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;
c) campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;
d) senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas;
e) motilidade ocular extrínseca:
1) índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os seguintes limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros:
- endoforia até 10 dioptrias prismáticas;
- exoforia até 05 dioptrias prismáticas; e
- hiperforia até 01 dioptria prismática;
2) capacidade de divergência: de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas sendo que a divergência deve ser igual ou exceder à endoforia; e
3) poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP);
f) visão de profundidade pesquisada em aparelho específico, “Keystone ou Ortho-Rater”, sendo considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma; e
g) Oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.9.4 Requisitos Auditivos

a) audibilidade com perda tolerável de até 35db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas frequências de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) ciclos/segundo;
b) audibilidade para voz cochichada a cinco metros em ambos os ouvidos.

9.1.9.5 Requisitos Odontológicos

a) presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;
b) presença de, no mínimo, 04 (quatro) molares naturais, 01 (um) em cada hemiarcada. Os espaços existentes, em decorrência de ausências de molares e/ou pré-molares, deverão estar ocupados por próteses que satisfaçam à estética e função;
c) ausência de cáries;
d) ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual;
e) ausência de afecções periapicais constatadas visualmente, ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos; e
f) ausência de má-oclusões do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea.

9.1.10 REQUISITOS PARA SELEÇÃO PARA A CLASSE III

9.1.10.1 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados até 35 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;
b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;
c) eletrocardiograma de repouso normal;
d) exame radiológico do tórax sem anormalidades; e
e) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.10.2 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados a partir de 36 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e) lipidograma normal;

f) teste Ergométrico normal; e

g) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.10.3 Requisitos Visuais

a) acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0.66 (20/30), em cada olho, separadamente, com ou sem correção;

b) acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-4, em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;

c. motilidade ocular extrínseca: excursões oculares normais nas 08 (oito) posições cardinais;

d) campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;

e) senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas. Ocorrendo mais de 08 interpretações incorretas o inspecionado poderá qualificar-se, desde que reconheça, com facilidade, as cores VERMELHA, VERDE, AZUL, ÂMBAR E BRANCA, utilizadas em aviação; e

f) oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.10.4 Requisitos Auditivos

a) audibilidade com perda tolerável de até 35db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) ciclos/segundo;

b) audibilidade para voz cochichada a cinco metros em ambos os ouvidos.

9.1.10.5 Requisitos Odontológicos

a) presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b) presença de, no mínimo, 04 (quatro) molares naturais, 01 (um) em cada hemiarcada. Os espaços existentes, em decorrência de ausências de molares e/ou pré-molares, deverão estar ocupados por próteses que satisfaçam à estética e função;

c) ausência de cáries;

d) ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual;

e) ausência de afecções periapicais constatadas visualmente, ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos; e

f) ausência de má-oclusões do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea.

9.1.11 REQUISITOS COMUNS PARA O CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE

Nas inspeções de saúde (IS) de controle periódico os AMP deverão considerar o constante do Anexo U, destas normas e avaliar o requisito de peso de acordo com o IMC, como segue:

a) os inspecionados com IMC entre 18,5 e 24,9 serão considerados “APTOS”;

b) os inspecionados com IMC abaixo de 18,5 (MAGREZA), IMC de 25 a 29,9 (SOBREPESO) e IMC entre 30 e 34,9 (OBESIDADE GRAU I) serão considerados aptos, deverão receber a observação de que são portadores dessa condição;

c) os inspecionados com IMC entre 35 a 39,9 (OBESIDADE GRAU 2) serão considerados temporariamente incapazes para atividade aérea e deverão receber a observação de que são portadores desse diagnóstico, com indicação de realizar tratamento especializado; e

d) os inspecionados com IMC igual ou maior do que 40 (OBESIDADE GRAU 3) serão considerados definitivamente incapazes para a atividade aérea e deverão receber a observação de que são portadores desse diagnóstico, sendo encaminhados para tratamento especializado, podendo ter restrições temporárias a critério da Junta de Saúde. Caso esses inspecionados não apresentem qualquer possibilidade de recuperação após o tratamento adequado, poderão, a critério do AMP, ter incapacidade definitiva para o serviço.

9.1.12 REQUISITOS PARA CONTROLE PERIÓDICO DA CLASSE I E PARA O GRUPO I DA CLASSE II

9.1.12.1 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados até 35 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.12.2 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados a partir de 36 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e) lipidograma normal;

f) teste ergométrico normal; e

g) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.12.3 Requisitos Visuais

a) acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0,5 (20/40), em cada olho, separadamente, sem correção, desde que, com o uso de lentes corretoras, atinja visão igual a 1,0 (20/20);

b) acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-2 em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;

c) campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;

d) senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas;

e) motilidade ocular extrínseca:

1) índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os seguintes limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros:

- endoforia até 10 dioptrias prismáticas;
- exoforia até 05 dioptrias prismáticas; e
- hiperforia até 01 dioptria prismática;

2) capacidade de divergência: de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas sendo que a divergência deve ser igual ou exceder à endoforia; e

3) poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP);

f) visão de profundidade pesquisada em aparelho específico, “Keystone ou Ortho-Rater”, sendo considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma; e

g) oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.12.4 Requisitos Auditivos

a) audibilidade com perda tolerável de até 35db (trinta e cinco decibéis) ISSO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) ciclos/segundo;

b) audibilidade para voz cochichada a cinco metros em ambos os ouvidos.

9.1.12.5 Requisitos Odontológicos

a) presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b) presença de, no mínimo, 01 (um) pré-molar e 01 (um) molar, em cada hemiarcada, naturais, ou substituídos por próteses que satisfaçam à estética e à função;

c) ausência de cáries profundas;

d) ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual; e

e) ausência de afecções periapicais constatadas visualmente ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos.

9.1.13 REQUISITOS PARA O CONTROLE PERIÓDICO DO GRUPO II DA CLASSE II E DA CLASSE III

9.1.13.1 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados até 35 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.13.2 Requisitos Cardiológicos dos Inspecionados a partir de 36 Anos

a) pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b) exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c) eletrocardiograma de repouso normal;

d) telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e) lipidograma normal;

f) teste ergométrico normal; e

g) ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.13.3 Requisitos Visuais

a) acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0.1 (20/200), em cada olho, separadamente, sem correção, desde que, com uso de lentes corretoras atinja visão igual a 0.66 (20/30) no mínimo em cada olho, separadamente;

b) acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-4, em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;

c) motilidade ocular extrínseca: excursões oculares normais nas 08 (oito) posições cardinais;

d) campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;

e) senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas. Ocorrendo mais de 08 interpretações incorretas o inspecionado poderá qualificar-se, desde que reconheça, com facilidade, as cores VERMELHA, VERDE, AZUL, ÂMBAR E BRANCA, utilizadas em aviação; e

f) oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.13.4 Requisitos Auditivos

Audibilidade, com perda tolerável de até 45db (quarenta e cinco decibéis) ISO, nas frequências de 500 (quinhentos), 1000 (mil) e 2000 (dois mil) ciclos/segundo, desde que as perdas auditivas nas frequências acima de 2.000 (dois mil) ciclos /segundo não apresentem evolução capaz de comprometer a audição nas frequências da faixa da palavra.

9.1.13.5 Requisitos Odontológicos

a) presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b) presença de, no mínimo, 01 (um) pré-molar e 01 (um) molar, em cada hemiarcada, naturais, ou substituídos por próteses que satisfaçam à estética e à função;

c) ausência de cáries profundas;

d) ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual; e

e) ausência de afecções periapicais constatadas visualmente ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos.

9.1.14 EXAMES COMPLEMENTARES

9.1.14.1 Patologia Clínica

a) é obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas.

b) para fins da realização de exames laboratoriais os inspecionados dividem-se em dois grupos, de acordo com a faixa etária:

1) GRUPO I – inspecionados com idade igual ou inferior a 35 (trinta e cinco) anos, os quais deverão realizar os seguintes exames:

a) no sangue:

- bioquímica após jejum de 12(doze) horas constando de dosagens de Glicose, Ureia e Creatinina;
- a dosagem do Colesterol Total e dos Triglicerídeos deverá ser realizada em todos os inspecionados que apresentarem soro turvo;
- hemograma;
- grupo sanguíneo e fator Rh nas inspeções de saúde para seleção, sendo realizado o teste de Coombs, caso necessário;
- sorologia para Lues através do VDRL e do FTA-ABS nos casos duvidosos;
- pesquisa de anti-HIV nas inspeções de saúde para seleção; e
- dosagem da Beta-HCG nas inspeções de saúde para seleção de candidatas a cursos na aviação. Deverá ser sempre realizada previamente ao exame radiológico, visando à proteção do concepto, em casos de gravidez.

b) na urina – pesquisa de Elementos Anormais no Sedimento urinário (EAS);

c) nas fezes – Exame Parasitológico de Fezes (EPF) nas inspeções de Saúde para seleção. Nas periódicas será realizado a critério clínico.

2) GRUPO II – inspecionados com idade superior a 35 (trinta e cinco) anos realizarão todos os exames previstos no “grupo I”, acrescidos, obrigatoriamente, de:

- colesterol, HDL, LDL e triglicerídeos; e

- dosagem do PSA total (Antígeno Prostático Específico) para os inspecionados masculinos com idade igual ou acima de 40 (quarenta) anos de idade.

9.1.14.2 Exames de Imagem

a) para seleção:

1) exame radiológico de tórax em incidência Póstero–Anterior (PA);

2) exame radiológico de coluna vertebral, com o inspecionando em pé e descalço, em incidência Ântero–Posterior (AP) e Perfil, incluindo como limite inferior a 1ª vértebra sacra;

3) radiografia panorâmica de arcada dentária;

4) exame radiológico dos seios da face; e

5) outros exames radiológicos caso haja indicação médica.

b) no exame periódico:

1) exame radiológico de tórax em incidência Póstero-Anterior (PA); e

2) exames de Tomografia, Ressonância Magnética e Ultrassonografia e outros exames de imagem, excepcionalmente, a critério médico do AMP.

9.1.14.3 Audiometria

a) audiometria aérea:

1) nas inspeções de saúde para seleção;

2) nas inspeções de saúde periódicas, de dois em dois anos, para todos os militares em atividade de aviação; e

3) a critério do especialista, nas demais inspeções.

b) audiometria óssea - só será realizada diante de suspeita de patologia no ouvido médio e/ou ouvido interno.

9.1.14.4 Eletroencefalograma com Fotoestimulação

a) é obrigatória a realização de Eletroencefalograma (EEG) em todas as inspeções de saúde para seleção de militares para atividade de aviação.

b. Nos exames periódicos deverá ser realizada a cada dois anos.

9.1.14.5 Eletrocardiograma de Repouso

O Eletrocardiograma (ECG) deverá ser realizado por todos os militares em atividade de aviação, com a seguinte frequência:

a. de dois em dois anos para inspecionados até 30 (trinta) anos completos; e

b. anualmente para inspecionados com 31 (trinta e um) anos ou mais.

9.1.14.6 Teste Ergométrico

Será solicitado o Teste Ergométrico (TE) dos seguintes inspecionados:

a. inspecionados das Classes I e II acima de 35 (trinta e cinco) anos de idade, em suas inspeções de saúde de controle periódico, de dois em dois anos;

b. inspecionados acima de 30 (trinta) anos, na seleção para realização de cursos, em que a atividade física esteja presente; e

c. outros inspecionados, a critério do especialista.

9.2 MERGULHO DE COMBATE

9.2.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB para fins de matrícula ou permanência em curso ou estágio de mergulho de combate em Estabelecimento de Ensino do Exército, ou para o Controle Periódico de Saúde para todo o Pessoal já habilitado e em atividade como Mergulhador de Combate, visando avaliar se os mesmos preenchem os requisitos de

saúde necessários ao desempenho da atividade específica de mergulhador de combate, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.2.2 PROCEDIMENTOS

a) deverá ser dada ênfase ao exame físico do inspecionado, utilizando-se dos métodos semiológicos clássicos (inspeção, palpação, percussão e ausculta), para avaliação dos diversos segmentos do corpo humano.

b) é obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas.

1) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;
2) sorologia para Lues;
3) HIV;
4) reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);
5) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;
6) glicemia em jejum;
7) ureia e creatinina;
8) lipidograma;
9) EPF (parasitologia de fezes);
10) EAS (sumário de urina);
11) ECG (eletrocardiograma em repouso);
12) Teste Ergométrico;
13) audiometria;
14) Exame ginecológico; e
15) colpocitologia.

9.2.3 PADRÕES PSICOFÍSICOS PARA SELEÇÃO DE CANDIDATOS À ATIVIDADE DE MERGULHO DE COMBATE

9.2.3.1 São condições incapacitantes

9.2.3.1.1 Cabeça e Pescoço

a) deformidades;
b) perdas extensas de substâncias;
c) contrações musculares anormais;
d) disfunções tiroidianas;
e) cisto braquial;
f) higroma cístico; e
g) fístulas.

9.2.3.1.2 Ouvido e Audição

a) anormalidades do conduto auditivo e tímpano;
b) infecções crônicas recidivantes;
c) otites médias crônicas;
d) labirintopatias e tumores;
e) na audiometria o candidato será desqualificado se apresentar, em prova audiometria feita em câmara silenciosa, deficiência de audição pela via aérea, superior a:

FREQÜENCIA (Hz)	500	1000	2000	3000	4000 a 8000
QUALQUER OUVIDO	30 db	30 db	30 db	45 db	60 db

9.2.3.1.3 Olhos e Visão

a) infecções e processos inflamatórios como conjuntivites;

b) hordéolos;
c) ulcerações;
d) tumores;
e) opacificações;
f) sequelas de traumatismos e queimaduras;
g) doenças congênitas ou deformidades funcionais significativas;
h) diminuição da acuidade visual;
i) lesões retinianas;
j) doenças neurológicas ou musculares oculares;
k) discromatopsias de grau acentuado;
l) alterações oftalmológicas orgânicas ou funcionais que interfiram na acuidade visual, na visão de profundidade e na visão em obscuridade; e
m). acuidades visuais binoculares inferiores de 20/60 sem correção, ou 20/30 com correção.

9.2.3.1.4 Boca, Nariz, Laringe, Faringe, Traqueia e Esôfago
a) desvios acentuados do septo nasal;
b) sequelas de agentes nocivos;
c) fistulas congênitas ou adquiridas;
d) infecções crônicas ou recidivantes;
e) deficiências funcionais da mastigação, respiração, fonação e deglutição; e
f) doenças alérgicas do trato respiratório.

9.2.3.1.5 Pulmões e Paredes Torácicas
a) deformidades relevantes congênitas ou adquiridas da caixa torácica;
b) função respiratória prejudicada;
c) infecções bacterianas ou micóticas;
d) doenças imuno-alérgicas do trato respiratório inferior (importante colher a história patológica pregressa);
e) tumores malignos e benignos dos pulmões e pleura; e
f) anormalidades radiológicas, exceto se insignificantes e desprovidas de potencialidade mórbida e sem comprometimento funcional.

9.2.3.1.6 Sistema Cardiovascular
a) anormalidades, congênitas ou adquiridas;
b) infecções e inflamações;
c) arritmias;
d. doenças do pericárdio, miocárdio, endocárdio, e da circulação intrínseca do coração;
e) anormalidades do feixe de condução e outras detectadas no eletrocardiograma;
f) doenças oro-valvulares;
g) hipotensão arterial com sintomas;
h) hipertensão arterial e taquisfigmia;
i) alterações significativas da silhueta cardíaca no exame radiológico; e
j) doenças venosas, arteriais e linfáticas.

9.2.3.1.7 Abdômen e Trato Digestivo
a) anormalidades da parede (ex: hérnias, fístulas) à inspeção ou palpação;
b) visceromegalias;
c) infecções;
d) esquistossomose e outras parasitoses graves;
e) história de cirurgias com ressecções importantes;

f) doenças hepáticas e pancreáticas;
g) lesões do trato gastrointestinal;
h) distúrbios funcionais, desde que significativos; e
i) tumores benignos e malignos.

9.2.3.1.8 Aparelho Genito-urinário
a) anormalidades congênitas ou adquiridas da genitália, rins e vias urinárias;
b) tumores;
c) infecções e outras lesões demonstráveis no exame de urina; e
d) varicocele volumosa e/ou dolorosa.

9.2.3.1.9 Aparelho Ósteo-mio-articular
a) doenças e anormalidades dos ossos e articulações, congênitas ou adquiridas, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas e traumáticas;
b) desvios ou curvatura anormais, significativos da coluna vertebral;
c) deformidades ou qualquer alteração na estrutura normal das mãos e pés;
d) próteses cirúrgicas; e
e) sequelas de cirurgias.

9.2.3.1.10 Doenças Metabólicas e Endócrinas
Qualquer distúrbio metabólico ou glandular incapacita o candidato.

9.2.3.1.11 Sangue e Órgãos Hematopoiéticos
Alterações significativas do sangue e órgãos hematopoiéticos.

9.2.3.1.12 Doenças Neuropsiquiátricas
a) distúrbios neuromusculares;
b) afecções neurológicas;
c) anormalidades congênitas ou adquiridas; e
d) ataxias, incoordenações, tremores, paresias e paralisias, atrofias e fraquezas musculares.

9.2.3.1.13 Doenças Sexualmente Transmissíveis
Qualquer Doença Sexualmente Transmissível (DST) em atividade é incapacitante.

9.2.3.1.14 Teste de Pressão
O candidato deverá ser capaz de equilibrar a pressão equivalente a 60 pés de profundidade, nos ouvidos e seios da face. Qualquer sinal de claustrofobia será motivo de incapacidade.

9.2.3.1.15 Dentes
Os candidatos devem possuir número suficiente de dentes naturais ou artificiais que assegurem mastigação satisfatória. As próteses dentárias serão toleradas, desde que obedeçam aos requisitos funcionais e estéticos. Doenças bucais e focos dentários são incapacitantes, assim como as cáries dentárias que interfiram com a atividade de imersão (barodontalgias).

9.2.4 PADRÕES PSICOFÍSICOS PARA CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE DO PESSOAL EM ATIVIDADE DE MERGULHO

9.2.4.1 Padrões Psicofísicos
a) deverão ser observados os padrões para seleção dos candidatos à atividade de mergulho levando-se em conta o desgaste natural no desempenho da respectiva atividade;
b) a história de qualquer doença constatada após inspeção será meticulosamente

averiguada para melhor juízo do AMP, principalmente as doenças neuropsiquiátricas, otorrinolaringológicas, pulmonares e cardiológicas, advindas ou não de acidentes de mergulho; e

c) a aversão ao mergulho será incapacitante.

9.2.4.2 Índices Exigidos

a) serão toleradas pressões arteriais persistentes, sistólica de até 145 mmHg e diastólica de até 90 mmHg, desde que não haja evidência de qualquer comprometimento cardíaco ou vascular;

b) será tolerada acuidade visual binocular para longe até 20/60 sem correção, desde que corrigível para 20/30 em ambos os olhos. Os mergulhadores de combate deverão apresentar no mínimo 20/40 sem correção, corrigível para 20/20;

c) serão toleradas perdas auditivas de até 30 decibéis em frequência de 500, 1000 e 2000Hz, até 45 db em freqüências até 3000Hz e até 60 db em freqüências de 4000 a 8000Hz, em qualquer ouvido;

d) além dos aspectos clínicos e das informações do militar, deverá ser considerado o desempenho funcional atual e nos últimos seis meses do militar, quando for o caso. Esse relato deverá ser sempre apresentado pelo Comandante da OM quando encaminhar o militar para IS; e

e) a perda de um dos elementos dentários anteriores ou uso de prótese móvel serão considerados incompatíveis com atividade de mergulho.

9.2.4.3 Exames Complementares

a) faixa etária até 30 anos: Os mesmos exigidos para seleção, exceto EEG, radiografias de seios da face e grandes articulações e provas de função ventilatória (opcional).

b) faixa etária de 30 anos até 40 anos:

1) radiografia de Tórax;
2) anti-HIV;
3) ureia;
4) audiometria;
5) colesterol HDL;
6) colesterol;
7) hemograma completo;
8) triglicerídeos;
9) ácido úrico;
10) glicemia;
11) ECG;
12) EAS;
13) VDRL; e
14) creatinina.

c) faixa etária superior a 40 anos:

Acrescentar ECG com prova de esforço, prova de função ventilatória (Standard) e dosagem do PSA.

9.2.4.4 Periodicidade

a) bianual para inspecionados até 30 (trinta) anos completos; e

b) anualmente para inspecionados com 31 (trinta e um) anos ou mais.

9.2.5 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar a inspeção de saúde para fins de matrícula ou permanência em curso ou estágio de mergulho de combate em Estabelecimento de

Ensino do Exército (Estb Ens) ou de outra Força, e para o controle periódico de saúde para todo o pessoal já habilitado e em atividade como mergulhador de combate são os MPGu.

9.2.6 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.2.6.1 Para Seleção

a) “Apto para matrícula no curso_____________ (especificar o curso); e

b) “Inapto para matrícula no curso_____________ (especificar o curso).

9.2.6.2 Para Controle Periódico de Saúde

a) “Apto para atividade de mergulho”;

b) “Incapaz temporariamente para atividade de mergulho”; e

c) “Incapaz definitivamente para atividade de mergulho, estando apto para o serviço do Exército”.

9.3 PARAQUEDISMO

9.3.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB para fins de matrícula ou permanência em curso ou estágio do Centro de Instrução Paraquedista General Penha Brasil (CI Pqdt GPB) e do pessoal já habilitado e em atividade na Brigada de Infantaria Paraquedista (Bda Inf Pqdt), visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho da atividade específica de paraquedista militar, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.3.2 PROCEDIMENTOS

9.3.2.1 Exames Complementares

É obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

a) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;

b) densitometria óssea;

c) sorologia para Lues, HIV, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

d) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

e) glicemia em jejum;

f) ureia e creatinina;

g) EPF (parasitologia de fezes);

h) EAS (sumário de urina);

i) ECG (eletrocardiograma em repouso);

j) teste ergométrico; e

k) eletroencefalograma.

9.3.2.2 Periodicidade

A inspeção de saúde para fins de Controle Periódico de Saúde deverá ser realizada anualmente, no pessoal em atividade na Bda Inf Pqdt. Nessa situação, os Exames complementares exigidos deverão ser apresentados.

9.3.2.3 Causas de Incapacidade

a) todas as doenças, afecções e síndromes que motivem a isenção definitiva, baixa ou reforma do Exército;

b) altura inferior a l,60m;
c) Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25,0 na seleção e acima de 30,0 no controle periódico;
d) reações sorológicas positivas para Sífilis ou doença de Chagas e HIV sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças;
e) campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões anteriores, observadas ao raios-X do tórax;
f) hérnias, quaisquer que sejam suas sedes ou volumes;
g) albuminúria ou glicosúria persistentes, observadas através do EAS ou exame de rotina da urina;
h) hidrocele;
i) cicatrizes que, por suas naturezas e sedes, possam, em face dos exercícios, vir a comprometer o uso de equipamentos;
j) pés chatos, espásticos com artroses das articulações intrínsecas dos pés, quando reveladas radiologicamente;
k) hipertrofia acentuada da glândula tireoide, associada ou não aos sinais clínicos de hipertireoidismo;
l) varizes acentuadas;
m) área cardíaca em desacordo com o biótipo;
n) hipertensão arterial, caracterizada por índices superiores a 140mm Hg (sistólica) e 90mm Hg (diastólica), ou evidências clínicas de hipertensão arterial sistêmica;
o) taquicardia permanente superior a cem batimentos por minuto, desde que acompanhada de outras perturbações clínicas;
p) ausência ou atrofia de músculos, quaisquer que sejam as causas, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;
q) imperfeições na mobilidade funcional das articulações, bem como quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas anteriores, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;
r) anemia acentuada, com hemoglobinometria inferior a sessenta por cento;
s) acuidade visual inferior a 7/10 (sete décimos), em ambos os olhos, sem correção;
t) ausência de um olho;
u) discromatopsia absoluta e acromatopsia (verificados por meio de chapa pseudo-isocromáticas e/ou lãs de Holgreen);
v) estrabismo com desvio superior a 10 graus;
w) exame radiológico dos seios da face compatível com sinusite crônica (passível de ser confirmado por tomografia computadorizada);
x) desvio do septo, dos pólipos nasais dos cornetos ou afecções que impeçam o livre trânsito do ar nas vias aéreas superiores;
y) dentadura insuficiente:
1) ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à estética;
2) menos de seis molares opostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais, em raízes de lesões periapicais (coroas e pontes fixas ou móveis), que assegurem mastigação perfeita;
z) cáries, lesões periapicais, paradentosas ou afecções que comprometam os tecidos de sustentação dos dentes;
aa) deficiência auditiva para voz cochichada de 3 metros em cada ouvido, ou seja, 3/5 (três quintos) ou combinações 4/5 (quatro quintos) e 2/5 (dois quintos) ou 5/5 (cinco

quintos) e 1/5 (um quinto);

ab) doenças infecto-contagiosas;

ac) alterações no Eletroencefalograma (EEG), contraindicado por parecer de especialista;

ad) alterações no Eletrocardiograma com Esforço, contraindicado por parecer de especialista;

ae) Frequência Respiratória superior a vinte incursões respiratórias (IR) por minuto;

af) exame toxicológico clínico positivo sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência de substâncias tóxicas;

ag) resultado de glicemia, demonstrando alteração metabólica (hipoglicemia ou hiperglicemia);

ah) audibilidade com perda tolerável de até 35 db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2.000 (dois mil) ciclos/segundo; e

ai) ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.3.3 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar estas inspeções de saúde são os MPOM (das OM Pqdt) para controle periódico de saúde e os MPGu ou JISE para seleção.

9.3.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.3.4.1 Para Seleção

a) “Apto para matrícula no curso ______________ (especificar o curso)”; e

b) “Inapto para a matrícula no curso _________________ (especificar o curso)”.

9.3.4.2 Para Controle Periódico de Saúde

a) “Apto para atividade aeroterrestre”;

b) “Incapaz temporariamente para atividade aeroterrestre”; e

c) “Incapaz definitivamente para atividade aeroterrestre, porém apto para o serviço do Exército”.

9.4 OPERAÇÕES NA SELVA

9.4.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e mental dos militares já pertencentes ao EB, candidatos à matrícula ou permanência em curso ou estágio no Centro de Instrução de Guerra na Selva (CIGS) e, ainda, para o Controle Médico Periódico de todo o Pessoal em operações na selva, visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho da atividade militar específica de Operações na Selva, bem como evidenciar qualquer doença em fase inicial, com finalidade preventiva.

9.4.2 PROCEDIMENTOS

9.4.2.1 Para Seleção

a) serão realizadas duas inspeções de saúde: a primeira, preliminar, na guarnição do candidato, e a segunda, definitiva, realizada em Manaus;

b) o AMP deverá lavrar, ao término da IS preliminar, a Ata de cada candidato com os resultados individuais, devendo tais resultados serem publicados no BI da OM. Uma cópia da Ata, bem como do BI da OM que a publicou, deverá ser conduzida pelo candidato que vier a ser relacionado para o curso e entregue no CIGS, por ocasião de sua apresentação para realização da IS definitiva; e

c) por ocasião da IS preliminar, é obrigatória a realização de exames a seguir

discriminados, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

1) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;

2) sorologia para Lues, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

3) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

4) glicemia em jejum;

5) EPF (parasitologia de fezes);

6) EAS (sumário de urina);

7) ECG (eletrocardiograma em repouso);

8) teste ergométrico;

9) Transaminase Glutânico Oxaloacético (TGO);

10) Transaminase Glutânico Pirúvico (TGP);

11) ureia e creatinina;

12) bilirrubinas (total, direta e indireta);

13) dentário;

14) acuidade visual;

15) exame audiométrico; e

16) eletroencefalograma.

d) além dos exames médicos supracitados, com seus laudos, também deverão ser apresentados à JISE/Matrícula no CIGS, pelos candidatos selecionados, por ocasião da realização da IS definitiva, laudo de avaliação cardiovascular;

e) a JISE/Matrícula no CIGS será nomeada pelo Comandante da 12ª Região Militar e composta, sempre que possível e seguindo a indicação do Diretor do HGeM, por um médico de carreira da Gu Manaus que, preferencialmente, deverá ser o Presidente da JISE, um médico cardiologista de carreira, um médico do CIGS e um dentista;

f) caso haja IS em grau de recurso, o resultado deverá ser exarado e entregue ao Presidente da Comissão de Aplicação e Fiscalização Definitiva (CAFD), impreterivelmente, antes do início da primeira prova do Exame de Aptidão Física (EAF) definitivo, que ocorrerá antes do curso, em Manaus;

g) somente realizará o EAF definitivo o candidato que for julgado apto na IS definitiva ou, caso ocorra, na IS em grau de recurso;

h) por se constituir em curso de caráter voluntário, os exames realizados deverão ser indenizados pelos candidatos;

i) nos casos de impossibilidade de realização de qualquer um dos exames médicos na guarnição de origem, o candidato, já relacionado, mediante autorização do CMA, poderá antecipar a sua data de apresentação no CIGS em, no mínimo, uma semana da data de início do EAF, de modo a ultimar a realização, no HGeM, do(s) exame(s) médico(s) ainda pendente(s); e

j) a avaliação psicológica tem por finalidade aferir o grau de compatibilidade das características intelectivas, motivacionais e de personalidade dos candidatos com o perfil psicológico exigido para os Cursos de Operações na Selva.

9.4.2.2 Do Controle Periódico de Saúde

a) o controle periódico de saúde do pessoal em operações de selva será realizado anualmente; e

b) para os exames complementares são os mesmos elencados na letra “c” do item anterior.

9.4.2.3 Causas de Incapacidade

a) todas as doenças, afecções e síndromes que motivem a isenção definitiva, baixa ou reforma do Exército;

b) altura inferior a l,60m;

c) Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25,0 na seleção e acima de 30,0 no controle periódico;

d) reações sorológicas positivas para Sífilis ou doença de Chagas e HIV sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças;

e) campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões anteriores, observadas ao raios-X do tórax;

f) hérnias, quaisquer que sejam suas sedes ou volumes;

g) albuminúria ou glicosúria persistentes, observadas através do EAS ou exame de rotina da urina;

h) hidrocele;

i) cicatrizes que, por suas naturezas e sedes, possam, em face dos exercícios, vir a comprometer o uso de equipamentos;

j) pés chatos, espásticos com artroses das articulações intrínsecas dos pés, quando reveladas radiologicamente;

k) hipertrofia acentuada da glândula tireoide, associada ou não aos sinais clínicos de hipertireoidismo;

l) varizes acentuadas;

m) área cardíaca em desacordo com o biótipo;

n) hipertensão arterial, caracterizada por índices superiores a 140mm Hg (sistólica) e 90mm Hg (diastólica), ou evidências clínicas de hipertensão arterial sistêmica;

o) taquicardia permanente superior a cem batimentos por minuto, desde que acompanhada de outras perturbações clínicas;

p) ausência ou atrofia de músculos, quaisquer que sejam as causas, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

q) imperfeições na mobilidade funcional das articulações, bem como quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas anteriores, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

r) anemia acentuada, com hemoglobinometria inferior a sessenta por cento;

s) acuidade visual inferior a 7/10 (sete décimos), em ambos os olhos, sem correção;

t) ausência de um olho;

u) discromatopsia absoluta e acromatopsia (verificados por meio de chapa pseudo-isocromáticas e/ou lãs de Holgreen);

v) estrabismo com desvio superior a 10 graus;

w) exame radiológico dos seios da face compatível com sinusite crônica (passível de ser confirmado por tomografia computadorizada);

x) desvio do septo, dos pólipos nasais dos cornetos ou afecções que impeçam o livre trânsito do ar nas vias aéreas superiores;

y) dentadura insuficiente:

1) ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à estética;

2) menos de seis molares opostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais, em raízes de lesões periapicais (coroas e pontes fixas ou móveis), que assegurem mastigação perfeita;

z) cáries, lesões periapicais, paradentosas ou afecções que comprometam os tecidos de sustentação dos dentes;

aa) deficiência auditiva para voz cochichada de 3 metros em cada ouvido, ou seja, 3/5 (três quintos) ou combinações 4/5 (quatro quintos) e 2/5 (dois quintos) ou 5/5 (cinco quintos) e 1/5 (um quinto);

ab) doenças infecto-contagiosas;

ac) alterações no Eletroencefalograma (EEG), contraindicado por parecer de especialista;

ad) alterações no Eletrocardiograma com Esforço, contraindicado por parecer de especialista;

ae) frequência respiratória superior a vinte incursões respiratórias (IR) por minuto;

af) exame toxicológico clínico positivo sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência de substâncias tóxicas;

ag) resultado de glicemia, demonstrando alteração metabólica (hipoglicemia ou hiperglicemia);

ah) audibilidade com perda tolerável de até 35 db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2.000 (dois mil) ciclos/segundo; e

ai) ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.4.3 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar estas inspeções de saúde são:

a) inspeção preliminar para seleção – o MPGu;

b) inspeção definitiva para seleção – a JISE; e

c) controle periódico de saúde – o MPOM das OM de selva.

9.4.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.4.4.1 Para Seleção

a) “Apto para matrícula no curso _____________ (especificar o curso)”; e

b) “Inapto para matrícula no curso ______________ (especificar o curso)”.

9.4.4.2 Para Controle Periódico

a) “Apto para operações na selva”;

b) “Incapaz temporariamente para operações na selva”; e

c) “Incapaz definitivamente para operações na selva, estando apto para o serviço do Exército”.

9.5 OPERAÇÕES ESPECIAIS E AÇÕES DE COMANDO

9.5.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB (oficiais e sargentos) para fins de matrícula e execução dos cursos do Centro de Instrução de Operações Especiais e para controle periódico de saúde do pessoal já habilitado e em atividade na Brigada de Operações Especiais visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho de atividades na área de Operações Especiais, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.5.2 PROCEDIMENTOS

a) a Inspeção de Saúde, destinada à seleção de oficiais e sargentos, será realizada por uma JISE, segundo as instruções vigentes;

b) a inspeção de saúde para fins de controle periódico deverá ser realizada a cada 1 (um) ano, no pessoal em atividade na Bda Op Esp;

c) o AMP deverá lavrar, ao término dos exames, a ata com os resultados individuais;

d) é obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em

todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

1) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;

2) sorologia para Lues, HIV, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

3) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

4) glicemia em jejum;

5) ureia e creatinina;

6) TGO, TGP, Gama-GT e fosfatase alcalina;

7) marcadores virais para hepatite A, B e C;

8) audiometria;

9) EPF (parasitologia de fezes);

10) EAS (sumário de urina);

11) teste ergométrico; e

12) eletroencefalograma.

e) os exames complementares serão realizados anualmente, exceto os contidos nos nº 8, 11 e 12, que serão realizados a cada 2 (dois) anos; e

f) em casos específicos, por indicação clínica, deverão ser solicitados os exames complementares que se fizerem necessários para elucidação do diagnóstico.

9.5.3 CAUSAS DE INCAPACIDADE PARA SELEÇÃO

a) todas as doenças, afecções e síndromes que motivem a isenção definitiva, baixa ou reforma do Exército;

b) altura inferior a l,60m;

c) peso desproporcional à altura e ao biótipo e percentual de gordura;

d) reações sorológicas positivas para Sífilis ou doença de Chagas e HIV sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças;

e) campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões anteriores, observadas ao raios-X do tórax;

f) hérnias, quaisquer que sejam suas sedes ou volumes;

g) albuminúria ou glicosúria persistentes, observadas através do EAS ou exame de rotina da urina;

h) hidrocele;

i) cicatrizes que, por suas naturezas e sedes, possam, em face dos exercícios, vir a comprometer o uso de equipamentos;

j) pés chatos, espásticos com artroses das articulações intrínsecas dos pés, quando reveladas radiologicamente;

k) hipertrofia acentuada da glândula tireoide, associada ou não aos sinais clínicos de hipertireoidismo;

l) varizes acentuadas;

m) área cardíaca em desacordo com o biótipo;

n) hipertensão arterial, caracterizada por índices superiores a 140mm Hg (sistólica) e 90mm Hg (diastólica), ou evidências clínicas de hipertensão arterial sistêmica;

o) taquicardia permanente superior a cem batimentos por minuto, desde que acompanhada de outras perturbações clínicas;

p) ausência ou atrofia de músculos, quaisquer que sejam as causas, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

q) imperfeições na mobilidade funcional das articulações, bem como quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas anteriores, desde que venham a

comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

r) anemia acentuada, com hemoglobinometria inferior a sessenta por cento;

s) acuidade visual inferior a 7/10 (sete décimos), em ambos os olhos, sem correção;

t) ausência de um olho;

u) discromatopsia absoluta e acromatopsia (verificados por meio de chapa pseudo-isocromáticas e/ou lãs de Holgreen);

v) estrabismo com desvio superior a 10 graus;

w) exame radiológico dos seios da face compatível com sinusite crônica (passível de ser confirmado por tomografia computadorizada);

x) desvio do septo, dos pólipos nasais dos cornetos ou afecções que impeçam o livre trânsito do ar nas vias aéreas superiores;

y) dentadura insuficiente:

1) ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à estética;

2) menos de seis molares opostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais, em raízes de lesões periapicais (coroas e pontes fixas ou móveis), que assegurem mastigação perfeita;

z) cáries, lesões periapicais, paradentosas ou afecções que comprometam os tecidos de sustentação dos dentes;

aa) deficiência auditiva para voz cochichada de 3 metros em cada ouvido, ou seja, 3/5 (três quintos) ou combinações 4/5 (quatro quintos) e 2/5 (dois quintos) ou 5/5 (cinco quintos) e 1/5 (um quinto);

ab) doenças infecto-contagiosas;

ac) alterações no Eletroencefalograma (EEG), contraindicado por parecer de especialista;

ad) alterações no Eletrocardiograma com Esforço, contraindicado por parecer de especialista;

ae) Frequência Respiratória superior a vinte incursões respiratórias (IR) por minuto;

af) exame toxicológico clínico positivo sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência de substâncias tóxicas;

ag) resultado de glicemia, demonstrando alteração metabólica (hipoglicemia ou hiperglicemia);

ah) audibilidade com perda tolerável de até 35 db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas frequências de 500 (quinhentos) a 2.000 (dois mil) ciclos/segundo; e

ai) ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.5.4 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar estas inspeções de saúde são:

a) para seleção a JISE; e

b) para controle periódico o MPOM das OM da Bda Op Esp.

9.5.5 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.5.5.1 Para Seleção

a. “Apto para matrícula no curso ___________ (especificar o curso)”; e

b. “Inapto para matrícula no curso __________ (especificar o curso)”.

9.5.5.2 Para Controle Periódico

a) “Apto para atividade de operações especiais”;

b) “Apto para ações de comando”;

c) “Incapaz temporariamente para atividade de operações especiais”;

d) “Incapaz temporariamente para ações de comando”;

e). “Incapaz definitivamente para atividade de operações especiais, estando apto para o serviço do Exército; e

f) “Incapaz definitivamente para ações de comando, estando apto para o serviço do Exército.

9.6 MISSÃO NO EXTERIOR

9.6.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB (oficiais e sargentos) para fins de missão no exterior visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho das atividades profissionais militares, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.6.2 PROCEDIMENTOS

a) quando o militar fizer parte de efetivos militares regulares que deverão cumprir missão no exterior, os exames complementares que deverão ser apresentados por ocasião da IS, serão aqueles listados na portaria específica;

b) quando o militar for cumprir missão no exterior sem fazer parte de efetivos militares regulares (Ex.: adido, observador, curso, estágio), é obrigatória a realização de exames a seguir discriminados, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

1) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração);

2) sorologia para Lues, HIV, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

3) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

4) glicemia em jejum;

5) ureia e creatinina;

6) EPF (parasitologia de fezes);

7) EAS (sumário de urina);

8) ECG (eletrocardiograma em repouso); e

9) eletroencefalograma.

c) em casos específicos, por indicação clínica, deverão ser solicitados os exames complementares que se fizerem necessários para elucidação do diagnóstico;

d) para as Missões no Exterior cujo período de permanência ultrapasse 3 meses, somente serão submetidos a IS aqueles cuja data de vencimento do controle periódico ocorrer durante o período no exterior. Essas IS, terão validade até o regresso ao Brasil, substituindo o controle periódico cabível, exceto o anual para atividades especiais, em que serão exigidos os exames complementares. No caso de pessoal que vá exercer atividade especial no exterior, este deverá ser submetido a exame médico correspondente no país onde cumprir a missão e remeter o mesmo ao Brasil, à sua OM de vinculação para homologação administrativa; e

e) o inspecionado deve apresentar, por ocasião da IS, comprovante de situação vacinal, vinculada à epidemiologia da região onde cumprirá a missão.

9.6.3 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar a inspeção de saúde para fim de missão no exterior são o MPGu e a JISE.

9.6.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para _______ (especificar a missão no exterior)”.

b) “Inapto para _________ (especificar a missão no exterior)”.

9.7 DESIGNAÇÃO DE MILITAR INATIVO PARA O SERVIÇO ATIVO/PRESTAÇÃO DE TAREFA POR TEMPO CERTO

9.7.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares da reserva remunerada ou reformados (desde que não inválidos) para fim de designação para o serviço ativo ou prestação de tarefa por tempo certo.

9.7.2 PROCEDIMENTOS

a) os exames complementares que deverão ser apresentados por ocasião da inspeção de saúde são os previstos no Anexo M destas Normas;

b) em casos específicos, por indicação clínica, deverão ser solicitados os exames complementares ou laudos que se fizerem necessários para elucidação do diagnóstico;

c) o padrão de eficiência psicofísica para esta atividade é expresso pela ausência de doenças ou lesões incapacitantes e pelo alcance dos índices estabelecidos nas normas médico-periciais, considerando-se sempre a capacidade de desempenhar a atividade que será executada;

d) os padrões psicofísicos exigidos são, basicamente, os mesmos previstos para controle periódico de saúde, observando-se a faixa etária, as doenças preexistentes e as peculiaridades da tarefa que será executada;

e) se, à época de sua designação, a última inspeção de Controle Periódico de Saúde realizada pelo militar na ativa ainda estiver válida, não será realizada a inspeção para designação, sendo utilizada aquela inspeção anterior; e

f) as inspeções para essa finalidade terão validade de três anos, podendo ser utilizadas para a designação e suas prorrogações dentro do prazo de vigência.

9.7.3 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizarem esta inspeção de saúde são os MPGu.

9.7.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para Prestação de Tarefa por Tempo Certo”;
b) “Inapto para Prestação de Tarefa por Tempo Certo”;
c) “Apto para Designação para o Serviço Ativo”; ou
d) “Inapto para Designação para o Serviço Ativo ”.

9.8 OPERADORES DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E ATIVIDADE DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

9.8.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental do pessoal que opera fontes de radiação ionizante e/ou exerce atividade de terapia antineoplásica.

9.8.2 COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizarem esta inspeção de saúde são os MPOM ou MPGu.

9.8.3 PROCEDIMENTOS

a) os exames complementares que deverão ser apresentados por ocasião da inspeção de saúde são os previstos no Anexo M destas Normas;

b) em casos específicos, por indicação clínica, deverão ser solicitados os exames complementares ou laudos que se fizerem necessários para elucidação do diagnóstico;

c) o padrão de eficiência psicofísica para esta atividade é expresso pela ausência de doenças ou lesões incapacitantes e pelo alcance dos índices estabelecidos nas normas médico-periciais, considerando-se sempre a capacidade de desempenhar a atividade que será executada;

d) os padrões psicofísicos exigidos são, basicamente, os mesmos previstos para controle periódico de saúde, observando-se a faixa etária, as doenças preexistentes e as peculiaridades da função; e

e) as inspeções para essa finalidade terão validade de seis meses.

9.8.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) “Apto para (__________________a finalidade a que se destina)”;

b) “Incapaz temporariamente por ___ dias para (_____________ a finalidade a que se destina); ou

c) “Incapaz definitivamente para (______________ a finalidade a que se destina), por doença (ou lesão) com (ou sem) relação de causa e efeito como serviço (fundamentado em DSO), estando apto para o serviço do Exército, (com recomendações, se necessário)”.

9.8.5 OBSERVAÇÕES

Sem observações

9.9 MOBILIZAÇÃO

9.9.1 DEFINIÇÃO

É a perícia realizada nos reservistas e/ou nos militares da reserva remunerada convocados para exercício de mobilização ou para mobilização de fato, a fim de avaliar a capacidade física do convocado para a atividade a qual será designado.

9.9.2 COMPETÊNCIA

O AMP competente para realizar esta inspeção de saúde é uma JISE.

9.9.3 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.9.3.1 Para Militares da Reserva Remunerada:

a) “Apto para o serviço do Exército”;

b) “Incapaz Temporariamente para Mobilização”

c) “Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido”; ou

d) “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido”;

e) quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

1) “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

2) “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

3) “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

4) “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

f) quando o AMP concluir pela incapacidade definitiva do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do Art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80”.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

1) O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

2) O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

3) O inciso III – acidente em serviço;

4) O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

5) O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), esclerose múltipla e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

6) O inciso VI - acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

9.9.3.2 Para Reservistas:

a. “Apto A”;
b. “Incapaz B1”;
c. “Incapaz B2”; e
d. “Incapaz C”.

VOLUME X

DOS DOCUMENTOS SANITÁRIOS DE ORIGEM E DA VERIFICAÇÃO DE NEXO CAUSAL

10.1 APLICABILIDADE

O constante neste volume aplica-se a militares e servidores públicos da ativa do Exército, bem como:

a) aos alunos dos Colégios Militares que estejam realizando o Curso de Formação de Reservistas (CFR), aos alunos das Escolas de Instrução Militar (EsIM) e aos alunos de Tiros de Guerra (TG), quando acidentados em instrução militar ou em serviço; e

b) aos militares da Reserva, quando convocados para o serviço ativo, em exercício de mobilização, prestando tarefa por tempo certo (PTTC).

10.2 ATESTADO DE ORIGEM

10.2.1 DEFINIÇÃO

a) o Atestado de Origem (AO) é um documento administrativo-militar destinado à comprovação de nexo causal entre um acidente ocorrido em consequência de ato de serviço, em tempo de paz, e lesões ou sequelas presentes no acidentado.

b) considera-se acidente em serviço todo aquele que se verifica em consequência de ato de serviço, conforme previsto nas Normas Reguladoras Sobre Acidentes em Serviço.

10.2.2 LAVRATURA

10.2.2.1 Ao receber a parte ou outra comunicação idônea da ocorrência de um acidente com seu subordinado, o Comandante, Chefe ou Diretor deve adotar as seguintes providências:

a) instaurar Sindicância ou Inquérito Policial Militar (IPM), a fim de comprovar a existência de acidente em serviço e apurar se o acidente resultou de transgressão disciplinar, imprudência, imperícia ou desídia por parte do acidentado ou de subordinado do mesmo, com a sua aquiescência;

b) caso seja comprovada a ocorrência de acidente em serviço, ouvir o médico sobre a necessidade ou não da lavratura do Atestado de Origem; e

c) publicar em boletim interno a lavratura do Atestado de Origem, se for o caso.

10.2.2.2 Quando o acidente resultar de transgressão disciplinar, imprudência, imperícia ou desídia por parte do acidentado ou de subordinado do mesmo, com a sua aquiescência, ou de crime, não será lavrado o Atestado de Origem, publicando-se, em boletim interno, ser este o motivo pelo qual deixou de ser lavrado o documento. O acidente e as lesões dele resultante ficarão registrados no Livro Registro de Acidente da Seção de Saúde da Organização Militar (OM), constante do Sistema de Registros Médicos (SIRMED) disponível no endereço eletrônico da D Sau.

10.2.2.3 Os acidentes em serviço em que as lesões resultantes sejam mínimas, não se justificando, de acordo com o parecer do médico da OM, a lavratura do Atestado de Origem, deverão ser registrados no Livro Registro de Acidente em Serviço da Seção de Saúde da OM (no SIRMED), descrevendo-se as lesões sofridas, sendo também publicados em boletim interno e transcritos para as alterações dos acidentados.

10.2.2.4 O Atestado de Origem terá suas três primeiras partes preenchidas até dez dias após a publicação da solução da Sindicância, prorrogável por igual período, por até duas

vezes, pelo comandante, chefe ou diretor da OM, quando as circunstâncias assim o exigirem, sendo tal fato publicado em boletim interno.

10.2.3 CONSTITUIÇÃO

O Atestado de Origem é constituído das seguintes partes essenciais:

a. Prova Testemunhal;

b. Prova Técnica;

c. Prova de Autenticidade; e

d. Exame de Controle de Atestado de Origem, conforme modelo constante do Anexo V.

10.2.3.1 PROVA TESTEMUNHAL

a) a Prova Testemunhal é assinada pessoalmente, por duas testemunhas, que deverão ter conhecimento da exatidão dos fatos presenciados, tais como local, data, hora, circunstâncias que cercaram o acidente e natureza do serviço que a vítima desempenhava no momento do acidente.

b) na situação excepcional em que não exista prova testemunhal direta ou em que o número de testemunhas seja inferior ao exigido, valorizar-se-á a prova testemunhal indireta ou referida constante da Sindicância ou IPM, que será anexada ao Atestado de Origem.

c) cabe ao comandante da subunidade ou chefe direto do acidentado providenciar o preenchimento da Prova Testemunhal.

10.2.3.2 PROVA TÉCNICA

a) a Prova Técnica é preenchida pelo médico militar que primeiro atender ao acidentado e consta de uma descrição objetiva e detalhada das lesões ou perturbações mórbidas, tal como se fora um auto de exame de corpo de delito.

b) se não existir médico militar na localidade, a prova técnica poderá ser preenchida por médico civil, desde que solicitado pelo comandante, chefe ou diretor da OM a que pertencer o acidentado.

c) quando o acidente ocorrer em localidade desprovida de médico, a prova técnica será realizada pelo primeiro médico militar, ou civil, do local para onde o acidentado for evacuado e atendido.

d) o registro de atendimento de emergência poderá servir de consulta para o preenchimento da Prova Técnica por médico militar, no caso descrito na letra “c”.

10.2.3.3 PROVA DE AUTENTICIDADE

10.2.3.3.1 A Prova de Autenticidade é preenchida e assinada pelo Comandante, Chefe ou Diretor da OM a que pertencer a vítima do acidente, que deverá:

a) reconhecer como autênticas as firmas das testemunhas e do médico; e

b) declarar a natureza do serviço de que a vítima se incumbia no momento do acidente, o que souber sobre os fatos constantes da prova testemunhal e que não houve, por parte do acidentado, imprudência, desídia, imperícia, prática de transgressão disciplinar ou crime militar, conforme a solução da sindicância ou IPM.

10.2.3.4 EXAME DE CONTROLE DE ATESTADO DE ORIGEM

a) o Exame de Controle será procedido por MPOM ou MPGu, até 60 dias após o preenchimento completo das 3 (três) primeiras partes, por determinação do comandante, chefe ou diretor do acidentado em serviço.

b) o exame será composto de:

1) identificação - deverá conter todos os dados formais de identificação do militar ou servidor público.

2) observação clínica - será minuciosa, com ênfase para os órgãos, aparelhos e sistemas corporais comprometidos no acidente descrito na Prova Testemunhal (1ª Parte) e observado o contido na Prova Técnica (2ª Parte); poderá conter transcrição de laudos especializados e de resultados de exames complementares, conforme o caso. Serão também transcritas as alegações do paciente, as quais só terão valor para formação do parecer se correlacionadas com os dados objetivos.

3) parecer - o AMP deverá declarar se as lesões ainda existem (mencionando quais e seus diagnósticos com CID) ou quais as sequelas evidenciadas (indicando quais e seus diagnósticos com CID), e se têm ou não relação de causa e efeito com o acidente, relatado na Prova Testemunhal do AO. Caso nada seja verificado de anormal, nem sinais, lesões ou sequelas, por menores que sejam, tal fato será registrado e, como consequência, nenhuma relação de causa e efeito poderá ser feita, mesmo na presença de alegações do inspecionado.

c) no parecer, deverá constar uma das seguintes expressões:

1) "Há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e as condições mórbidas atuais expressas pelos seguintes diagnósticos: ____ (citar os diagnósticos, com CID e nunca utilizar diagnóstico subjetivo (dor, náusea etc..))"; ou

2) "Não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e as condições mórbidas atuais, expressas pelos seguintes diagnósticos: ______ (citar os diagnósticos). Há (Não há) vestígios anatômicos ou funcionais do acidente sofrido".

d) o exame de controle será anexado ao AO, em local para esse fim destinado, conforme modelo constante do Anexo V às presentes Normas.

10.2.4 OBSERVAÇÕES

10.2.4.1 Quando ocorrer o falecimento do acidentado antes da realização do Exame de Controle do Atestado de Origem, este exame será substituídas pelo Auto de Exame Cadavérico ou pelo Laudo de Necropsia.

10.2.4.2 O Atestado de Origem será lavrado em duas vias e, após seu preenchimento completo, terá o seguinte destino:

a) a primeira via mandada para o arquivo permanente da OM onde servir o acidentado; e

b) a segunda entregue ao interessado, mediante recibo.

10.2.4.3 O arquivamento da primeira via será publicado imediatamente no boletim interno e transcrito nas alterações do acidentado.

10.2.4.4 Cópia autêntica da 1ª via pode substituir a entregue ao acidentado, em caso de extravio, mediante requerimento do interessado ou a pedido de autoridade competente.

10.3 INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM

10.3.1 DEFINIÇÃO

O Inquérito Sanitário de Origem (ISO) é a perícia médico-administrativa realizada para comprovar se a incapacidade física temporária ou definitiva, ou invalidez, constatada em inspeção de saúde, resulta de:

a) doença aguda ou crônica que tenha sido contraída em ato de serviço;

b) de Acidente em Serviço, caso exista irregularidade insanável no Atestado de Origem ou este não tenha sido lavrado, mediante justificativa do Cmt/Ch/ Dir; ou

c) doença endêmica.

10.3.1.1 Considera-se doença contraída em ato de serviço a que apresente relação de causa e efeito com as condições inerentes ao serviço (doença profissional).

10.3.2 INSTAURAÇÃO.

10.3.2.1 O Inquérito Sanitário de Origem (ISO) poderá ser instaurado:

a) a pedido, mediante requerimento do interessado ao Cmt RM, contendo toda a documentação prevista no item 10.2.2.2 destas Normas, que após análise pela SSR e julgado corretamente instruído, o processo será encaminhado à DSau, para emissão de parecer quanto a pertinência ou não da instauração ISO; e

b) *ex officio*, por determinação do Comandante do Exército, Chefe do Estado-Maior do Exército, Comandante de Operações Terrestres, Comandante Militar de Área, Chefe de Órgão de Direção Setorial, Diretor de Saúde e Comandante de Região Militar.

10.3.2.2 São documentos básicos, essenciais e obrigatórios para a instauração do ISO:

a) requerimento do interessado ou determinação da autoridade competente;

b) cópia da ata de inspeção de saúde expedida por AMP do Sistema de Perícia Médica do Exército, em que houver sido declarada a incapacidade física temporária ou definitiva;

c) cópia da documentação nosológica pertinente;

d) cópia das alterações militares e/ou assentamentos;

e) cópia da documentação médica referente aos atendimentos ambulatoriais e baixas hospitalares relacionados com a doença ou lesão alegada (se for o caso);

f) cópia do boletim interno que publicou o acidente em serviço ou o ato de serviço do qual alegadamente depende ou resulta a doença ou lesão que motivou a incapacidade (se for o caso); e

g) cópia do Atestado de Origem (caso este apresente irregularidades insanáveis).

h) cópia da sindicância ou inquérito epidemiológico, quando for o caso.

10.3.2.3 O Comandante de Região Militar, após o deferimento para instauração do ISO, nomeará um médico militar de carreira como encarregado, publicando esta nomeação em boletim regional.

10.3.2.4 O inquérito sanitário de origem será iniciado após a entrega do processo ao encarregado, mediante recibo, o que será publicado no boletim interno de sua organização militar e informado à autoridade que deferiu ou determinou a instauração do inquérito sanitário de origem.

10.3.2.5 O inquérito sanitário de origem deverá ser concluído no prazo máximo de sessenta dias corridos, a contar da data de entrega do processo ao encarregado do inquérito. Quando o inquérito não puder ser concluído no prazo estipulado, o encarregado deverá solicitar prorrogação à autoridade que o nomeou, a qual poderá concedê-la, por uma única vez, pelo prazo máximo de vinte dias, publicados em Boletim Regional e transcrito no Boletim Interno da Organização Militar.

10.3.2.6 O ISO deverá ser, obrigatoriamente, homologado pela Diretoria de Saúde, mediante emissão de Parecer Técnico e restituído à RM de origem para produção dos efeitos administrativos, porventura existentes.

10.3.3 FORMATAÇÃO.

10.3.3.1 O Inquérito Sanitário de Origem deverá seguir, no que couber, as formalidades previstas vigentes nas Normas para Elaboração de Sindicâncias no Âmbito do Exército.

10.3.3.2 O encarregado poderá solicitar oitiva de profissionais especializados que julgar conveniente para o esclarecimento do nexo causal.

10.3.3.3 Em suas declarações, o requerente deverá informar em que estabelecimento hospitalar esteve em tratamento da doença que motivou a incapacidade, declarando a época e o médico que o assistiu.

10.3.3.4 As testemunhas indicadas pelo interessado, ou outras julgadas necessárias pelo encarregado do inquérito, serão arroladas e prestarão depoimento diretamente ou por carta precatória.

10.3.3.5 Quaisquer documentos ou informações julgados necessários à elucidação de doença incapacitante poderão ser solicitados pelo encarregado à autoridade competente, por meio de ofício e anexados ao ISO.

10.3.3.6 A todos os Inquéritos Sanitários de Origem serão apensos os documentos apresentados pelos requerentes, que se refiram ao ato de serviço alegado como tendo originado as causas de incapacidade física temporária ou definitiva, assim como todos os que forem solicitados pelo encarregado para fins elucidativos.

10.3.3.7 Concluídas todas as inquirições, pesquisas e diligências julgadas necessárias, o encarregado do inquérito fará um relatório sucinto de tudo o que houver sido apurado e redigirá as conclusões finais.

10.3.3.8 O encarregado do Inquérito Sanitário de Origem deve esclarecer as circunstâncias do ato em serviço que, supostamente, causou a incapacidade, bem como a influência que tenham exercido as obrigações e deveres militares cumpridos, na origem da enfermidade que motivou a incapacidade, de modo a confirmar ou negar sua relação de causa e efeito com o ato ou acidente de serviço.

10.3.3.9 O relatório constará de um resumo de tudo o que foi apurado e da apresentação das justificativas técnicas das conclusões periciais a que chegou o encarregado.

10.3.3.10 A conclusão final constará do parecer definitivo, no qual o encarregado declara, de modo seguro e preciso, se há relação de causa e efeito, isto é, se o diagnóstico que produz a incapacidade do paciente resultou do ato de serviço ou do acidente em serviço, conforme ficou apurado no inquérito e como consta do relatório.

10.3.3.11 O encarregado do ISO deverá atentar para o contido no Volume XI destas Normas quando da apuração do nexo causal vinculado a doença profissional.

10.3.3.12 O encarregado do inquérito não deve considerar a doença atual apresentada pelo requerente, quando está não estiver relacionada ao ato de serviço ou acidente em serviço.

10.3.3.13 Ao encarregado do inquérito não cabe afirmar a existência ou não de acidente em serviço.

10.3.3.14 Os Inquéritos Sanitários de Origem serão digitados e todas as folhas do processo numeradas e rubricadas pelo médico militar encarregado, conforme modelo constante do Anexo X a estas Normas.

10.3.3.15 As declarações elucidativas prestadas pelo paciente serão por este assinadas ou a rogo, devendo o encarregado do inquérito apor sua assinatura imediatamente abaixo.

10.3.3.16 As declarações das testemunhas serão também assinadas por quem as fizer, apondo o encarregado do inquérito a sua assinatura imediatamente abaixo.

10.3.3.17 Concluído o inquérito, o encarregado o encaminhará à autoridade que determinou a instauração do mesmo, que realizará, por intermédio da SSR (Ch SSR), uma análise do processo.

10.3.3.17.1 Se necessário, a autoridade supramencionada poderá restituir o inquérito ao encarregado para novas diligências.

10.3.3.17.2. Caso a autoridade concorde integramente, com a conclusão do inquérito, o encaminhará ao Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas da Diretoria de Saúde, para a análise e homologação, mediante a emissão de Parecer Técnico.

10.3.3.17.3 Após análise pelo Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas da DSau, poderá determinar novas diligências ou emitir o Parecer Técnico (homologar), se concordar com as conclusões do encarregado.

10.3.3.17.4 O Inquérito Sanitário de Origem será concluído com a emissão do Parecer Técnico Conclusivo pelo Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas.

10.3.4 DO DESTINO DO ISO APÓS A CONCLUSÃO.

10.3.4.1 O inquérito sanitário de origem, após sua conclusão pela Diretoria de Saúde, será remetido pela região militar para a organização militar em que serve ou serviu o interessado, onde ficará em arquivo permanente, sendo tal fato publicado no boletim interno da organização militar e transcrito nas alterações do militar, quando o mesmo encontrar-se no serviço ativo.

10.3.4.2 Do inquérito sanitário de origem será extraída uma cópia, devidamente autenticada, que será entregue ao interessado, mediante recibo.

10.3.5 OBSERVAÇÕES.

10.3.5.1 Deverá ser observado o prazo de um ano, relativo à prescrição de qualquer direito à reclamação administrativa, conforme previsto no Art. 6º do Decreto nº 20.910, de 6 de janeiro de 1932, contado da data do ato ou fato do qual a mesma se originar.

10.3.5.2 Prescrito o prazo, os Comandantes de Região Militar deverão determinar o arquivamento do requerimento do interessado, por falta de amparo legal.

10.4 VERIFICAÇÃO DE NEXO CAUSAL *POST MORTEM*

10.4.1 DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para verificação de nexo causal *post mortem* é a perícia médica documental realizada para determinar se há relação de causa e feito entre o acidente em ato de serviço e a *causa mortis,* ou verificar se militar falecido na ativa era portador, naquela data, de doença que resultaria na sua incapacidade definitiva para o serviço ativo, com total e permanente impossibilidade para todo e qualquer trabalho (invalidez), de acordo com o Decreto nº 57.272, de 16 de novembro de 1965, do art. 1º, da Lei n° 5.195/1966, combinado com a alínea e) do parágrafo 1°, do art. 1°, do Decreto n° 79.917/1977, combinados com os incisos I, II, III, IV e V do art. 108 e parágrafo 1º, do art. 110, da Lei n° 6.880/1980 e combinados com o art. 22, da Lei n° 3.765/1960, modificada pelo art. 1°, do Decreto-Lei n° 197/1967 e com o Volume XIV destas Normas.

10.4.2 COMPETÊNCIA

A competência para efetuar estas perícias é do MPGu.

10.4.3 PADRÕES E CRITÉRIOS

a) nas verificações *post mortem* de ex-militares da ativa e ex-servidores civis o AMP não poderá ater-se somente à causa-mortis registrada na Certidão de Óbito para constatar a existência de doença invalidante e/ou especificada em Lei ou acidente em serviço. Para isto o AMP deverá analisar toda a documentação médica disponível, atual e pregressa, que poderá constar de: prontuário médico, laudo de necropsia, boletim de atendimento de emergência, laudos anatomopatológicos, laudos médicos e exames complementares.

b) é obrigatório, caso exista, anexar, também, ao processo, a Ficha de Evacuação (FE) ou o DSO, conforme o caso, e, em caso de acidente em serviço, a sindicância que comprovou sua ocorrência.

10.4.4 FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a) "Há (Não há) relação de causa e efeito entre a doença adquirida em ato de serviço e a *causa mortis*"; ou

b) "Há (Não há) relação de causa e efeito entre acidente em ato de serviço e a *causa mortis*".

10.4.5 OBSERVAÇÕES

10.4.5.1 O AMP deverá lançar no campo "Observações" da cópia de AIS, o enquadramento da condição que produziu a incapacidade do ex-militar, constantes nos inciso ____ do art. 108, da Lei nº 6.880/1980".

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

a) o inciso I - ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b) o inciso II - enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c) o inciso III - acidente em serviço;

d) o inciso IV - doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e) o inciso V - tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f) o inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço.

10.4.5.2 Para a realização desta perícia documental, o AMP, após receber e analisar a documentação pertinente ao caso, emitirá o relatório constante do Anexo AE.

10.5 ESTABELECIMENTO DE NEXO CAUSAL EM DOENÇAS PROFISSIONAIS E DO TRABALHO

10.5.1 NEXO TÉCNICO

É a confirmação por parte da perícia, da existência ou não do risco no local de trabalho e a responsabilidade deste no dano causado ao inspecionado. Refere-se aos aspectos espacial e temporal da exposição, isto é, onde e quando ocorreu a possível exposição.

10.5.2 INCAPACIDADE LABORATIVA

É a perda temporária ou definitiva pelo inspecionado da capacidade laboral em decorrência das repercussões clínicas de determinada patologia. O risco de vida, para si

ou para terceiros, ou de agravamento que a permanência na atividade possa acarretar, está incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável ou indiscutível.

10.5.2.1 É imprescindível considerar:

a) diagnóstico da doença;
b) tipo de atividade e suas exigências;
c) dispositivos legais pertinentes; e
d) viabilidade de reabilitação funcional.

10.5.3 ELEMENTOS PARA O RECONHECIMENTO TÉCNICO DO NEXO CAUSAL

Constituem elementos para o reconhecimento técnico do nexo causal pela perícia:

a) a história clínica e ocupacional decisiva em qualquer diagnóstico ou investigação de nexo causal;
b) estudo do local de trabalho;
c) estudo da organização do trabalho;
d) os dados epidemiológicos;
e) a ocorrência de quadro clínico incapacitante em inspecionado exposto a condições agressivas; e
f) a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos e outros.

10.5.4 NÃO SÃO CONSIDERADAS DOENÇAS PROFISSIONAIS

Em nenhuma hipótese, deverão ser consideras como doenças com relação de causa e efeito com as condições inerentes ao serviço as:

a) doenças degenerativas;
b) as inerentes ao grupo etário;
c) que não produzem incapacidade laborativa; e
d) doenças epidêmicas.

10.5.5 DIRETRIZ PARA O ESTABELECIMENTO DE NEXO CAUSAL

Como diretriz básica, a resposta positiva à maioria das questões apresentadas a seguir auxilia no estabelecimento de relação etiológica ou nexo causal entre doença e trabalho:

a) natureza da exposição: o agente patogênico pode ser identificado pela história ocupacional e/ou pelas informações colhidas no local de trabalho e/ou de pessoas familiarizadas com o ambiente ou local de trabalho do inspecionado?
b) especificidade da relação causal e a força da associação causal: o agente patogênico ou o fator de risco pode estar contribuindo significativamente entre os fatores causais da doença?
c) tipo de relação causal com o trabalho: de acordo com a Classificação de Schilling, o trabalho é considerado causa necessária (Tipo I)? Fator de risco contributivo de doença de etiologia multicausal (Tipo II)? Fator desencadeante ou agravante de doença preexistente (Tipo III)? No caso de doenças relacionadas ao trabalho, do tipo II, as outras causas, não-ocupacionais, foram devidamente analisadas e hierarquicamente consideradas em relação às causas de natureza ocupacional?
d) grau ou intensidade da exposição: é compatível com a produção da doença?
e) tempo de exposição: é suficiente para produzir a doença?
f) tempo de latência: é suficiente para que a doença se instale e manifeste?
g) registros anteriores: existem registros quanto ao estado anterior de saúde do trabalhador? Em caso positivo, esses contribuem para o estabelecimento da relação causal entre o estado atual e o trabalho?

h) evidências epidemiológicas: existem evidências epidemiológicas que reforçam a hipótese de relação causal entre a doença e o trabalho presente ou pregresso do inspecionado?

10.5.6 CLASSIFICAÇÃO DE SCHILLING

a) Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da amalgamação desses fatores, que podem ser sintetizados em quatro grupos de causas (Mendes & Dias, 1999):

1) doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;

2) doenças comuns (crônicas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.) eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho. A hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos, nas grandes cidades, exemplifica esta possibilidade;

3) doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças musculoesqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;

4) agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

b) Os três últimos grupos constituem a família das doenças relacionadas ao trabalho. A natureza dessa relação é sutilmente distinta em cada grupo. O quadro abaixo resume e exemplifica os grupos das doenças relacionadas de acordo com a classificação proposta por Schilling (1984).

10.5.7 CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS SEGUNDO SUAS RELAÇÕES COM O TRABALHO

CATEGORIA	EXEMPLOS
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo Silicose Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana Doenças do aparelho locomotor Câncer Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica Dermatite de contato alérgica Asma Doenças mentais

a) no Grupo I, entre os agravos específicos estão incluídas as doenças profissionais, para as quais se considera que o trabalho ou as condições em que ele é realizado constituem causa direta. A relação causal ou nexo causal é direta e imediata. A

eliminação do agente causal, por medidas de controle ou substituição, pode assegurar a prevenção, ou seja, sua eliminação ou erradicação.

b) os outros dois grupos, Schilling II e III, são formados por doenças consideradas de etiologia múltipla, ou causadas por múltiplos fatores de risco. Nessas doenças comuns, o trabalho poderia ser entendido como um fator de risco, ou seja, um atributo ou uma exposição que está associado com uma probabilidade aumentada de ocorrência de uma doença, não necessariamente um fator causal (Last, 1995). Portanto, a caracterização etiológica ou nexo causal será essencialmente de natureza epidemiológica, seja pela observação de um excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou profissões, seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais, que podem ser mais bem conhecidos a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho.

c) a eliminação desses fatores de risco reduz a incidência ou modifica o curso evolutivo da doença ou agravo à saúde.

10.5.8 ANAMNESE OCUPACIONAL

a) a anamnese ocupacional faz parte da entrevista médica, que compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos sistemas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, hábitos e estilo de vida, o exame físico e a propedêutica complementar.

c) de acordo com a situação específica, a exploração das condições de exposição a fatores de risco para a saúde presentes nos ambientes e condições de trabalho, levantadas a partir da entrevista com o inspecionado, poderá ser complementada por meio da literatura técnica especializada, da observação direta do posto de trabalho, da análise ergonômica da atividade, da descrição dos produtos químicos utilizados no processo de trabalho e da respectiva ficha toxicológica obtida diretamente dos responsáveis pelo processo, tais como o chefe do setor.

d) um roteiro para a anamnese ocupacional está apresentado no Anexo Y a estas Normas.

10.5.9 DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

As doenças relacionadas ao trabalho, legalmente reconhecidas no Brasil, estão apresentadas no Volume XI destas Normas e, também, poderão ser compulsadas na publicação “Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”, do Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde.

VOLUME XI

DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

11. DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (Grupo I da CID-10)

11.1 INTRODUÇÃO

11.1.1 As doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho apresentam algumas características que as distinguem dos demais grupos:

a) os agentes etiológicos não são de natureza ocupacional; e

b) a ocorrência da doença depende das condições ou circunstâncias em que o trabalho é executado e da exposição ocupacional, que favorece o contato, o contágio ou a transmissão.

11.1.1.2 Dada a amplitude das situações de exposição e o caráter endêmico de muitas dessas doenças, torna-se, por vezes, difícil estabelecer a relação com o trabalho.

11.1.2 LISTA DE DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Tuberculose (A15 e A19);
b) Carbúnculo (Antraz) (A22);
c) Brucelose (A23);
d) Leptospirose (A27);
e) Tétano (A35);
f) Psitacose, ornitose, doença dos tratadores de aves (A70);
g) Dengue (dengue clássico) (A90);
h) Febre amarela (A95);
i) Hepatites virais (B15 e B19);
j) Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (B20 e B24);
k) Dermatofitose (B35) e outras micoses superficiais (B36);
l) Candidíase (B37);
m) Paracoccidioidomicose (blastomicose sul americana, blastomicose brasileira, Doença de Lutz) (B41);
n) Malária (B50 e B54); e
o) Leishmaniose cutânea (B55) ou leishmaniose cutaneomucosa (B55.2)

11.2 NEOPLASIAS (TUMORES) (Grupo II da CID-10)

11.2.1 INTRODUÇÃO.

11.2.1.1 O termo tumores ou neoplasias designa um grupo de doenças caracterizadas pela perda de controle do processo de divisão celular, por meio do qual os tecidos normalmente crescem e/ou se renovam, levando à multiplicação celular desordenada. A inoperância dos mecanismos de regulação e controle da proliferação celular, além do crescimento incontrolável, pode levar, no caso do câncer, à invasão dos tecidos vizinhos e à propagação para outras regiões do corpo, produzindo metástase.

11.2.1.2 A oncogênese pode ser ativada por agentes ambientais, atuando sobre determinados genes, propiciando o desencadeamento e o crescimento dos tumores. Outros genes funcionam como supressores, regulando a proliferação normal das células. Os tumores são desenvolvidos quando esse equilíbrio é rompido por influência de fatores endógenos ou genéticos e/ou exógenos e ambientais.

11.2.1.3 O câncer pode surgir como consequência da exposição a agentes carcinogênicos presentes no ambiente onde se vive e trabalha, do estilo de vida e de fatores ambientais produzidos ou alterados pela atividade humana. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 1995), estima-se que 60 a 90% dos cânceres sejam devidos à exposição a fatores ambientais. Em cerca de 30% dos casos, não tem sido possível identificar a causa do câncer, sendo atribuída a fatores genéticos e mutações espontâneas.

11.2.1.4 O período de latência é o tempo decorrido entre o início da exposição ao carcinógeno, que desencadeia a alteração celular e a detecção clínica do tumor. Tem duração variável, sendo geralmente longo, de 20 a 50 anos para tumores sólidos, ou curto, de 4 a 5 anos para as neoplasias do sangue. Os longos períodos de latência dificultam a correlação causal ou o estabelecimento do nexo entre a exposição e a doença, particularmente no caso dos cânceres relacionados ao trabalho.

11.2.1.5 As estimativas sobre a contribuição dos fatores ocupacionais no desencadeamento dos cânceres variam entre 4 e 25%. Estima-se que em países industrializados cerca de 9% dos cânceres que atingem homens são decorrentes de exposição ocupacional.

11.2.1.6 Os cânceres relacionados ao trabalho diferem de outras doenças ocupacionais, entre outros, pelos seguintes aspectos:

a) a despeito da legislação brasileira e de outros países estabelecerem limites de tolerância para diversas substâncias carcinogênicas, segundo o preconizado internacionalmente, não existem níveis seguros de exposição;

b) existem muitos tipos de cânceres;

c) os cânceres, em geral, desenvolvem-se muitos anos após o início da exposição, mesmo após a cessação da exposição;

d) os cânceres ocupacionais não diferem, em suas características morfológicas e histológicas, dos demais cânceres; e

e) em geral, existem exposições combinadas e/ou concomitantes. Por outro lado, têm em comum com outras doenças ocupacionais a dificuldade de relacionar as exposições à doença e o fato de que são, em sua grande maioria, preveníveis.

11.2.2 LISTA DE NEOPLASIAS (TUMORES) RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Neoplasia maligna do estômago (C16);

b) Angiossarcoma do fígado (C22.3);

c) Neoplasia maligna do pâncreas (C25);

d) Neoplasia maligna da cavidade nasal e dos seios paranasais (C30 e C31);

e) Neoplasia maligna da laringe (C32);

f) Neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão (C34);

g) Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros (inclui Sarcoma Ósseo) (C40);

h) Outras neoplasias malignas da pele (C44);

i) Mesoteliomas (C45): da pleura (C45.0), do peritônio (C45.1) e do pericárdio (C45.2);

j) Neoplasia maligna da bexiga (C67); e

k) Leucemias (C91 e C95).

11.3 DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS (GRUPO III DA CID-10)

11.3.1 INTRODUÇÃO

11.3.1.1 O sistema hematopoético constitui um complexo formado pela medula óssea e outros órgãos hemoformadores e pelo sangue. Na medula óssea são produzidas, continuamente, as células sanguíneas: eritrócitos, neutrófilos e plaquetas, sob rígido controle dos fatores de crescimento. Para que cumpram sua função fisiológica, os elementos celulares do sangue devem circular em número e estrutura adequados.

11.3.1.2 A capacidade produtiva da medula óssea é impressionante. Diariamente, ela substitui 3 bilhões de eritrócitos por quilograma de peso corporal. Os neutrófilos têm uma meia-vida de apenas 6 horas e cerca de 1,6 bilhão de neutrófilos por quilograma de peso corporal necessitam ser produzidos a cada dia. Uma população inteira de plaquetas deve ser substituída a cada 10 dias. Toda essa intensa atividade torna a medula óssea muito sensível às infecções, aos agentes químicos, aos metabólicos e aos fatores ambientais que alteram a síntese do DNA ou a formação celular. E, também, por isso, o exame do sangue periférico se mostra um sensível e acurado espelho da atividade medular.

11.3.1.3 Nos seres humanos adultos, o principal órgão hematopoético localiza-se na camada medular óssea do esterno, costelas, vértebras e ilíacos. A medula óssea é formada por um estroma e pelas células hemoformadoras que têm origem na célula primitiva multipotente (*stem cell)*. Essa célula primitiva divide-se inicialmente em célula primordial linfóide e célula primordial mielóide de três linhagens. Sob o controle de substâncias indutoras, estas células primordiais sofrem um processo de diferenciação e proliferação, dando origem, após a formação de precursores, às células circulantes do sangue periférico.

11.3.1.4 As substâncias indutoras apresentam especificidades para as diferentes linhagens de células. Entre as mais conhecidas citam-se a *eritropoetina*, a *trombopoetina* e as *granuloquinas* (fator de crescimento de colônia de granulócitos [G-CSF] e fator de crescimento de colônia de granulócitos-macrófagos [GM-CSF]). Algumas dessas substâncias têm sido produzidas e testadas, sendo armas terapêuticas promissoras. A *eritropoetina* já tem sido utilizada com sucesso para algumas indicações clínicas.

11.3.1.5 As células sanguíneas, após atingirem a maturidade, passam para os sinusóides da medula e alcançam a corrente sanguínea, onde vão desempenhar suas funções. Outros órgãos hematopoéticos de importância são o timo, os tecidos, os gânglios linfáticos e o baço, em que ocorre o desenvolvimento de linfócitos, o processamento de antígenos e a produção de anticorpos.

11.3.1.6 Agressões ao sistema hematopoético podem ocorrer na medula óssea, afetando a célula primitiva multipotente ou qualquer das células dela derivadas, e na corrente sanguínea, destruindo ou alterando a função de células já formadas.

11.3.1.7 Entre os agentes hematotóxicos de interesse para a saúde do trabalhador destacam-se o *benzeno* e as radiações ionizantes. Esses agentes podem lesar a célula primitiva multipotente, reduzindo seu número ou provocando lesões citogenéticas, resultando em hipoprodução celular ou em linhagens celulares anormais.

11.3.2 LISTA DE DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Síndromes mielodisplásicas (D46);

b) Outras anemias devidas a transtornos enzimáticos (D55.8);

c) Anemia hemolítica adquirida (D59);

d) Anemia aplástica devida a outros agentes externos (D61.2) e anemia aplástica não-especificada (D61.9);

e) Púrpura e outras manifestações hemorrágicas (D69);

f) Agranulocitose (neutropenia tóxica) (D70);

g) Outros transtornos especificados dos glóbulos brancos: leucocitose, reação leucemóide (D72.8); e

h) Metahemoglobinemia (D74).

11.4 DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS (Grupo IV/CID-10)

11.4.1 INTRODUÇÃO

11.4.1.1 Os efeitos ou danos sobre os sistemas endócrino, nutricional e metabólico, decorrentes da exposição ambiental e ocupacional a substâncias e agentes tóxicos são, ainda, pouco conhecidos. Porém, as seguintes situações de trabalho são reconhecidas como capazes de produzir doenças:

a) a utilização de ferramentas vibratórias, como os marteletes pneumáticos, associado à *síndrome de Raynaud*, uma doença vascular periférica;

b) a extração e manuseio de pedra-pome, provocando deficiência adrenal;

c) na produção e uso de derivados do ácido carbâmico (carbamatos), utilizados como pesticidas, herbicidas e nematocidas e os tiocarbamatos, utilizados como aceleradores da vulcanização, e seus derivados, por mecanismo endócrino, são mutagênicos e embriotóxicos;

d) em expostos ao chumbo observa-se correlação inversa entre a plumbemia e os níveis de vitamina D, alterando a homeostase extra e intracelular do cálcio e interferindo no crescimento e maturação de dentes e ossos; e

e) a exposição ao dissulfeto de carbono (CS2) é reconhecida por seus efeitos sobre o metabolismo lipídico, acelerando o processo de aterosclerose (também conhecida como arteriosclerose).

11.4.1.2 A literatura especializada tem dado destaque ao papel desempenhado por certas substâncias químicas sintéticas, os disruptores endócrinos, que interferem nos hormônios naturais, nos neurotransmissores e nos fatores de crescimento, produzindo doença, muitas vezes, de difícil reconhecimento.

11.4.1.3 Um grande número de substâncias tem sido reconhecido como disruptores endócrinos e tóxicos para a reprodução, particularmente pesticidas, herbicidas, fungicidas, inseticidas, nematocidas e agentes químicos industriais, como 4-OH alquilfenol, 4-OH bifenil, cádmio, dioxina, chumbo, mercúrio, PBB, PCB, pentaclorofenol, ftalatos, estireno, entre outros.

11.4.2 LISTA DE DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Hipotireoidismo devido a substâncias exógenas (E03); e

b) Outras porfirias (E80.2).

11.5 TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO (Grupo V/CID-10)

11.5.1 INTRODUÇÃO

11.5.1.1 Segundo estimativa da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, dados do INSS sobre a concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências (Medina, 1986).

11.5.1.2 Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho resultam de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores.

11.5.1.3 Em decorrência do lugar de destaque que o trabalho ocupa na vida das pessoas, sendo fonte de garantia de subsistência e de posição social, a falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda do emprego geram sofrimento psíquico, pois ameaçam a subsistência e a vida material do trabalhador e de sua família. Ao mesmo tempo abala o valor subjetivo que a pessoa se atribui, gerando sentimentos de menos-valia, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando quadros ansiosos e depressivos.

11.5.1.4 Situações variadas como um fracasso, um acidente de trabalho, uma mudança de posição (ascensão ou queda) na hierarquia frequentemente determinam quadros psicopatológicos diversos, desde os chamados transtornos de ajustamento ou reações ao estresse até depressões graves e incapacitantes.

11.5.1.5 O processo de comunicação dentro do ambiente de trabalho, moldado pela cultura organizacional, também é considerado fator importante na determinação da saúde mental.

11.5.1.6 Os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das tarefas, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou *burn-out* (traduzido para o português como síndrome do esgotamento profissional ou estafa).

11.5.1.7 Estudos têm demonstrado que alguns metais pesados e solventes podem ter ação tóxica direta sobre o sistema nervoso, determinando distúrbios mentais e alterações do comportamento, que se manifestam por irritabilidade, nervosismo, inquietação, distúrbios da memória e da cognição, inicialmente pouco específicos e, por fim, com evolução crônica, muitas vezes irreversível e incapacitante.

11.5.1.8 Os acidentes de trabalho podem ter consequências mentais quando, por exemplo, afetam o sistema nervoso central, como nos traumatismos crânio-encefálicos com concussão e/ou contusão. A vivência de acidentes de trabalho que envolvem risco de vida ou que ameaçam a integridade física dos trabalhadores determinam, por vezes, quadros psicopatológicos típicos, caracterizados como síndromes psíquicas pós-traumáticas.

11.5.1.9 Contextos de trabalho particulares têm sido associados a quadros psicopatológicos específicos, aos quais são atribuídas terminologias específicas, como o *burn-out*, síndrome caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e autodepreciação. Outro exemplo são as síndromes pós-traumáticas que se referem a vivências de situações traumáticas no ambiente de trabalho, nos últimos tempos cada vez mais frequentes, como, por exemplo, o grande número de assaltos a agências bancárias com reféns.

11.5.1.10 A definição de disfunção e incapacidade causada pelos transtornos mentais e do comportamento, relacionados ou não com o trabalho, é difícil. Os indicadores e parâmetros existentes organizam a disfunção ou deficiência causada pelos transtornos mentais e do comportamento em quatro áreas:

11.5.1.11 Limitações em Atividades da Vida Diária

Inclui atividades como autocuidado, higiene pessoal, comunicação, deambulação, viagens, repouso e sono, atividades sexuais e atividades sociais e recreacionais. O que é avaliado não é simplesmente o número de atividades que estão restritas ou prejudicadas,

mas o conjunto de restrições ou limitações que, eventualmente, afetam o indivíduo como um todo.

11.5.1.12 Exercício de Funções Sociais

Refere-se à capacidade do indivíduo de interagir apropriadamente e comunicar-se eficientemente com outras pessoas. Inclui a capacidade de conviver com outros, como os membros de sua família, amigos, vizinhos, atendentes e balconistas no comércio, zeladores de prédios, motoristas de táxi ou ônibus, colegas de trabalho, supervisores ou supervisionados, sem alterações, agressões ou sem o isolamento do indivíduo em relação ao mundo que o cerca.

11.5.1.13 Concentração, Persistência e Ritmo

Também denominado de capacidade de completar ou levar a cabo as tarefas. Estes indicadores ou parâmetros referem-se à capacidade de manter a atenção focalizada o tempo suficiente para permitir a realização cabal, em tempo adequado, de tarefas comumente encontradas no lar, na escola, ou nos locais de trabalho. Essas capacidades ou habilidades podem ser avaliadas por qualquer pessoa, principalmente se for familiarizada com o desempenho anterior, basal ou histórico do indivíduo. Eventualmente, a opinião de profissionais psicólogos ou psiquiatras, com bases mais objetivas, poderá ajudar na avaliação.

11.5.1.14 Deterioração ou Descompensação no Trabalho

Refere-se a falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes. Frente a situações ou circunstâncias mais estressantes ou de demanda mais elevada, os indivíduos saem, desaparecem ou manifestam exacerbações dos sinais e sintomas de seu transtorno mental ou comportamental. Em outras palavras, descompensam e têm dificuldade de manter as atividades da vida diária, o exercício de funções sociais e a capacidade de completar ou levar a cabo tarefas. Aqui, situações de estresse, comuns em ambientes de trabalho, podem incluir o atendimento de clientes, a tomada de decisões, a programação de tarefas, a interação com supervisores e colegas.

11.5.2 LISTA DE TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS AO TRABALHO

a) Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8);

b) *Delirium*, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0);

c) Transtorno cognitivo leve (F06.7);

d) Transtorno orgânico de personalidade (F07.0);

e) Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09);

f) Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2);

g) Episódios depressivos (F32);

h. Estado de estresse pós-traumático (F43.1);

i) Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0);

j) Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8);

k) Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2); e

l) Sensação de estar acabado (síndrome de *burn-out,* síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0).

11.6 DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (Grupo VI da CID-10)

11.6.1 INTRODUÇÃO

11.6.1.1 A vulnerabilidade do sistema nervoso aos efeitos da exposição ocupacional e ambiental a uma gama de substâncias químicas, agentes físicos e fatores causais de adoecimento, decorrentes da organização do trabalho, tem ficado cada vez mais evidente, traduzindo-se em episódios isolados ou epidêmicos de doença nos trabalhadores.

11.6.1.2 De acordo com o critério adotado na organização destas Normas, utilizando a taxonomia proposta pela CID-10, estão incluídas, neste capítulo, algumas doenças consideradas no grupo LER/DORT: transtornos do plexo braquial, mononeuropatias dos membros superiores e mononeuropatias dos membros inferiores. Os interessados nesse grupo de doenças devem consultar, também, o item 11.13 destas Normas, que trata das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo Relacionadas ao Trabalho.

11.6.2 LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Ataxia cerebelosa (G11.1);

b) Parkinsonismo secundário devido a outros agentes externos (G21.2);

c) Outras formas especificadas de tremor (G25.2);

d) Transtorno extrapiramidal do movimento não-especificado (G25.9);

e) Distúrbios do ciclo vigília-sono (G47.2);

f) Transtornos do nervo trigêmeo (G50);

g) Transtornos do nervo olfatório (inclui anosmia) (G52.0);

h) Transtornos do plexo braquial (síndrome da saída do tórax, síndrome do desfiladeiro torácico) (G54.0);

i) Mononeuropatias dos membros superiores (G56): síndrome do túnel do carpo (G56.0); outras lesões do nervo mediano: síndrome do pronador redondo (G56.1); síndrome do canal de Guyon (G56.2); lesão do nervo cubital (ulnar): síndrome do túnel cubital (G56.2); outras mononeuropatias dos membros superiores: compressão do nervo supra-escapular (G56.8);

j) Mononeuropatias do membro inferior (G57): lesão do nervo poplíteo lateral (G57.3);

k) Outras polineuropatias (G62): polineuropatia devida a outros agentes tóxicos (G62.2) e polineuropatia induzida pela radiação (G62.8); e

l) Encefalopatia tóxica aguda (G92.1).

11.7 DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS (Grupo VII da CID-10)

11.7.1 INTRODUÇÃO

11.7.1.1 O aparelho visual é vulnerável à ação de inúmeros fatores de risco para a saúde presentes no trabalho, como, por exemplo, agentes mecânicos (corpos estranhos, ferimentos contusos e cortantes), agentes físicos (temperaturas extremas, eletricidade, radiações ionizantes e não-ionizantes), agentes químicos, agentes biológicos (picadas de marimbondo e pêlo de lagarta) e ao sobreesforço que leva à astenopia induzida por algumas atividades de monitoramento visual.

11.7.1.2 Os mecanismos de resposta ocular aos traumas ou às agressões de agentes físicos e químicos são complexos e sua descrição pode ser encontrada na bibliografia complementar recomendada. De modo sintético, a área oftalmológica de atuação abrange a órbita, os anexos oculares (sobrancelhas, pálpebras, conjuntivas e aparelho lacrimal), o globo ocular com suas estruturas dos segmentos anterior (córnea, câmara anterior e posterior, íris, cristalino, corpo ciliar e malha trabecular), posterior (vítreo, coróide, retina e disco óptico), as estruturas vasculares, glandulares e as vias visuais, papilares, motoras e sensitivas. Cada uma dessas estruturas tem seu próprio meio químico e físico e responde

às agressões de modo característico e particular. Apesar dessa complexidade, é possível identificar três tipos básicos de resposta ocular às agressões:

a) resposta primária no local da agressão (exemplo: alterações na córnea, em consequência de uma queimadura ou abrasão);

b) resposta ocular inflamatória, mais tardia e generalizada; e

c) resposta ocular específica, geralmente característica, causada por certas substâncias ativas sistemicamente, como, por exemplo, a neurite óptica associada à ingestão de metanol.

11.7.1.3 Um grande número de substâncias químicas, que atua sistemicamente, pode afetar o olho em decorrência do número de estruturas envolvidas e coordenadas para permitir a visão normal. Os mecanismos fisiopatológicos são variados, incluindo a ação dos asfixiantes químicos e físicos, agentes bloqueadores neuromusculares e toxinas neurooftalmológicas específicas.

11.7.1.4 Os transtornos oftálmicos, conforme o estágio de suas disfunções, são classificados no *BAREMO INTERNACIONAL DE INVALIDEZES*, como se segue:

a) Grupo 1 – Transtornos Leves, sem disfunção: caracterizam-se pela sensação de incômodo e os sintomas se reduzem a manifestações subjetivas ou a manifestações não-invalidantes que melhoram com um tratamento, em geral, muito simples. Em todos os casos estão preservadas as funções mais importantes. O paciente pode ler, distinguir com precisão objetos e cores, orientar-se, deslocar-se, assistir a um espetáculo e efetuar atividades desportivas de modo quase normal. As vidas privada, social e profissional são normais. A autonomia é completa;

b) Grupo 2 - Transtornos moderados, Permanentes ou intermitentes: ainda que não cheguem a ser graves, podem ser incapacitantes. As funções importantes estão preservadas, com acuidade visual binocular satisfatória para longe e para perto, mesmo considerando uma possível lesão unilateral que já seja suficientemente importante. As vidas social, privada e profissional são normais ou quase normais. A autonomia é completa;

c) Grupo 3 - Transtornos permanentes e indiscutíveis: não somente causam incômodo, como são incapacitantes ainda que não cheguem a ser graves. A agudeza visual está diminuída e pode existir a perda de um olho e da função binocular, ainda que nesses casos a visão do outro olho continue satisfatória. Podem ocorrer síndromes dolorosas, diplopias causadoras de incômodo, apesar das correções aplicadas e de uma deficiente adaptação às manifestações do transtorno. A autonomia está conservada;

d) Grupo 4 - Transtornos importantes: são o resultado de doenças visuais em que o paciente padece penosamente em decorrência da alteração de uma função (visão central muito diminuída ou hemianopsia lateral homônima total) ou, com maior frequência, da alteração de várias funções. A realização de muitas atividades é difícil: leitura, escrita, costura, assistir a um espetáculo, andar na rua ou conduzir-se em circulação, obrigando a suprimir determinadas distrações e atividades recreativas, etc. A autonomia está conservada para uma vida habitual. Os pacientes com hemianopsias laterais necessitam, às vezes, de ajuda de um acompanhante. Não é possível conduzir veículos; e

e. Grupo 5 - Transtornos muito importantes: este grupo inclui todas as disfunções que somente deixam uma capacidade igual ou inferior a 40%, disfunções que vão desde a cegueira total até situações que ainda deixam uma agudeza visual de 1/10 em cada olho. Em consequência, os transtornos que esses pacientes apresentam são muito diferentes e não podem ser avaliados da mesma maneira.

11.7.2 LISTA DE DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Blefarite (H01.0);

b) Conjuntivite (H10);
c) Queratite e queratoconjuntivite (H16);
d) Catarata (H28);
e) Inflamação coriorretiniana (H30);
f) Neurite óptica (H46); e
g) Distúrbios visuais subjetivos (H53).

11.8 DOENÇAS DO OUVIDO (Grupo VIII da CID-10)

11.8.1 INTRODUÇÃO

11.8.1.1 As doenças otorrinolaringológicas relacionadas ao trabalho são causadas por agentes ou mecanismos irritativos, alérgicos e/ou tóxicos. No ouvido interno, os danos decorrem da exposição a substâncias neurotóxicas e fatores de risco de natureza física, como ruído, pressão atmosférica, vibrações e radiações ionizantes. Os agentes biológicos estão, frequentemente, associados às otites externas, aos eventos de natureza traumática e à lesão do pavilhão auricular.

11.8.1.2 A exposição ao ruído, pela frequência e por suas múltiplas consequências sobre o organismo humano, constitui um dos principais problemas de saúde ocupacional e ambiental na atualidade. A Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) é um dos problemas de saúde relacionados ao trabalho mais frequentes em todo mundo. Com base nas médias de limiares auditivos medidos para as frequências de 100, 2.000 e 3.000 Hz em trabalhadores, nos Estados Unidos, a OSHA estimou que 17% dos trabalhadores de produção no setor industrial daquele país apresentam, no mínimo, algum dano auditivo leve. Na Itália, há cerca de 10 anos, a PAIR é a doença ocupacional mais registrada, representando 53,7% das doenças relacionadas ao trabalho. Por outro lado, estudos têm demonstrado que os efeitos extra-auditivos da exposição ao ruído devem merecer uma atenção especial dos profissionais de saúde, em decorrência do amplo espectro das repercussões observadas.

11.8.2 LISTA DE DOENÇAS DO OUVIDO RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Otite média não-supurativa (barotrauma do ouvido médio) (H65.9);
b) Perfuração da membrana do tímpano (H72 ou S09.2);
c) Outras vertigens periféricas (H81.3);
d) Labirintite (H83.0);
e) Perda da audição provocada pelo ruído e trauma acústico (H83.3);
f) Hipoacusia ototóxica (H91.0);
g) Otalgia e secreção auditiva (H92);
h) Outras percepções auditivas anormais: alteração temporária do limiar auditivo, comprometimento da discriminação auditiva e hiperacusia (H93.2);
i) Otite barotraumática (T70.0);
j) Sinusite barotraumática (T70.1); e
k) Síndrome devida ao deslocamento de ar de uma explosão (T70.8).

11.9 DOENÇAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (Grupo IX da CID-10)

11.9.1 INTRODUÇÃO

Apesar da crescente valorização dos fatores pessoais, como sedentarismo, tabagismo e dieta, na determinação das doenças cardiovasculares, pouca atenção tem sido dada aos fatores de risco presentes na atividade ocupacional atual ou anterior dos pacientes. O aumento dramático da ocorrência de transtornos agudos e crônicos do sistema cardiocirculatório na população faz com que as relações das doenças com o

trabalho mereçam maior atenção. Observa-se, por exemplo, que a literatura médica e a mídia têm dado destaque às relações entre a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, doença coronariana crônica e hipertensão arterial, com situações de estresse e a condição de desemprego, entre outras.

11.9.1.2 Lista de Doenças do Sistema Circulatório Relacionadas ao Trabalho

a) Hipertensão arterial (I10) e doença renal hipertensiva ou nefrosclerose (I12);
b) Angina *pectoris* (I20);
c) Infarto agudo do miocárdio (I21);
d) Cor pulmonale SOE ou doença cardiopulmonar crônica (I27.9);
e) Placas epicárdicas ou pericárdicas (I34.8);
f) Parada cardíaca (I46);
g) Arritmias cardíacas (I49);
h) Aterosclerose (I70) e doença aterosclerótica do coração (I25.1);
i) Síndrome de Raynaud (I73.0); e
j) Acrocianose e acroparestesia (I73.8).

11.10 DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO (Grupo X da CID-10)

11.10.1 INTRODUÇÃO

O sistema respiratório constitui uma interface importante do organismo humano com o meio ambiente, particularmente com o ar e seus constituintes, gases e aerossóis, sob a forma líquida ou sólida. A poluição do ar nos ambientes de trabalho associa-se a uma extensa gama de doenças do trato respiratório que acometem desde o nariz até o espaço pleural. Entre os fatores que influenciam os efeitos da exposição a esses agentes estão as propriedades químicas e físicas dos gases e aerossóis e as características próprias do indivíduo, como herança genética, doenças preexistentes e hábitos de vida, como tabagismo.

11.10.2 LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Faringite aguda não-especificada (angina aguda, dor de garganta) (J02.9);
b) Laringotraqueíte aguda (J04.2) e laringotraqueíte crônica (J37.1);
c) Outras rinites alérgicas (J30.3);
d) Rinite crônica (J31.0);
e) Sinusite crônica (J32);
f) Ulceração ou necrose do septo nasal (J34.0) e perfuração do septo nasal (J34.8);
g) Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (inclui asma obstrutiva, bronquite crônica, bronquite asmática, bronquite obstrutiva crônica) (J44);
h) Asma (J45);
i) Pneumoconiose dos trabalhadores do carvão (J60);
j) Pneumoconiose devida ao asbesto (asbestose) e a outras fibras mineirais (J61);
k) Pneumoconiose devida à poeira de sílica (silicose) (J62.8);
l) Pneumoconiose devida a outras poeiras inorgânicas: beriliose (J63.2), siderose (J63.4) e estanhose (J63.5);
m) Doenças das vias aéreas devidas a poeiras orgânicas (J66): bissinose (J66.0);
n) Pneumonite por hipersensibilidade à poeira orgânica (J67): pulmão do granjeiro (ou pulmão do fazendeiro) (J67.0); bagaçose (J67.1); pulmão dos criadores de pássaros (J67.2); suberose (J67.3); pulmão dos trabalhadores de malte (J67.4); pulmão dos que trabalham com cogumelos (J67.5); doença pulmonar devida a sistemas de ar

condicionado e de umidificação do ar (J67.7); pneumonite de hipersensibilidade devida a outras poeiras orgânicas (J67.8); pneumonites de hipersensibilidade devidas à poeira orgânica não-especificada (alveolite alérgica extrínseca SOE; e pneumonite de hipersensibilidade SOE) (J67.0);

o) Afecções respiratórias devidas à inalação de produtos químicos, gases, fumaças e vapores (J68): bronquite e pneumonite (bronquite química aguda) (J68.0); edema pulmonar agudo (edema pulmonar químico) (J68.1); síndrome da disfunção reativa das vias aéreas (J68.3) e afecções respiratórias crônicas (J68.4);

p) Derrame pleural (J90) e placas pleurais (J92);

q) Enfisema intersticial (J98.2); e

r) Transtornos respiratórios em outras doenças sistêmicas do tecido conjuntivo classificadas em outra parte (M05.3): síndrome de Caplan (J99.1).

11.11 DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO (Grupo XI da CID-10)

11.11.1 INTRODUÇÃO

11.11.1.1 A abordagem das doenças do sistema digestivo relacionadas ao trabalho tem se restringido, nos textos clássicos de patologia do trabalho, às doenças do fígado e vias biliares. Entretanto, apesar da indiscutível importância dessas doenças, outros transtornos também devem ser considerados.

11.11.1.2 As doenças do aparelho digestivo relacionadas, ou não, ao trabalho estão entre as causas mais frequentes de absenteísmo e de limitação para as atividades sociais e ocupacionais. Entre os fatores importantes para a ocorrência das *doenças digestivas relacionadas ao trabalho* estão agentes físicos, substâncias tóxicas, fatores da organização do trabalho, como estresse, situações de conflito, tensão, trabalho em turnos, fadiga, posturas forçadas, horários e condições inadequadas para alimentação, que podem desencadear quadros de dor epigástrica, regurgitação e aerofagia, diarreia e, mesmo, úlcera péptica.

11.11.1.3 Entre os fatores de risco físico presentes no trabalho que podem lesar o sistema digestivo, estão radiações ionizantes, vibração, ruído, temperaturas extremas (calor e frio) e exposição a mudanças rápidas e radicais de temperatura ambiente. Queimaduras, se extensas, podem causar úlcera gástrica e lesão hepática. Posições forçadas no trabalho podem causar alterações digestivas, particularmente na presença de condições predisponentes, como hérnia paraesofageana e visceroptose.

11.11.1.4 Problemas dentários são, também, causa importante de absenteísmo e podem estar associados ao comprometimento de órgãos vizinhos (ossos, seios da face), à função de mastigação correta, à possibilidade de se comportarem como focos sépticos e à possibilidade de expressarem enfermidades dissimuladas durante o período de desenvolvimento dentário.

11.11.2 LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Erosão dentária (K03.2);

b) Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7);

c) Gengivite crônica (K05.1);

d) Estomatite ulcerativa crônica (K12.1);

e) Gastroenterite e colite tóxicas (K52);

f) Cólica do chumbo (K59.8);

g) Doença tóxica do fígado (K71): com Necrose Hepática (K71.1); com Hepatite Aguda (K71.2); com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); com outros Transtornos Hepáticos (K71.8); e

h) Hipertensão portal (K76.6).

11.12 DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO (Grupo XII da CID-10)

11.12.1 INTRODUÇÃO

11.12.1.1 As dermatoses ocupacionais compreendem as alterações da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente causadas, mantidas ou agravadas pelo trabalho. São determinadas pela interação de dois grupos de fatores:

a) predisponentes ou causas indiretas, como idade, sexo, etnia, antecedentes mórbidos e doenças concomitantes, fatores ambientais, como o clima (temperatura, umidade), hábitos e facilidades de higiene; e

b) causas diretas constituídas pelos agentes biológicos, físicos, químicos ou mecânicos presentes no trabalho que atuariam diretamente sobre o tegumento, produzindo ou agravando uma dermatose preexistente.

11.12.1.2 Cerca de 80% das dermatoses ocupacionais são produzidas por agentes químicos, substâncias orgânicas e inorgânicas, irritantes e sensibilizantes. A maioria é de tipo irritativo e um menor número é de tipo sensibilizante (Ali, 1994). As dermatites de contato são as dermatoses ocupacionais mais frequentes. Estima-se que, juntas, as dermatites alérgicas de contato e as dermatites de contato por irritantes representem cerca de 90% dos casos das dermatoses ocupacionais. Apesar de, na maioria dos casos, não produzirem quadros considerados graves, são, com frequência, responsáveis por desconforto, prurido, ferimentos, traumas, alterações estéticas e funcionais que interferem na vida social e no trabalho.

11.12.2 LISTA DE DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Dermatoses pápulo-pustulosas e suas complicações infecciosas (L08.9);

b) Dermatite alérgica de contato (L23);

c) Dermatites de contato por irritantes (L24);

d) Urticária de Contato (L50.6);

e) Queimadura solar (L55);

f) Outras alterações agudas da pele devidas à radiação ultravioleta (L56): dermatite por fotocontato (dermatite de berloque) (L56.2); urticária solar (L56.3); outras alterações agudas especificadas (L56.8) e outras alterações sem outra especificação (L56.9);

g) Alterações da pele devidas à exposição crônica à radiação não-ionizante (L57): ceratose actínica (L57.0); dermatite solar, “pele de fazendeiro”, “pele de marinheiro” (L57.8)

h) Radiodermatites (aguda, crônica e não-especificada) (L58);

i) Outras formas de acne: cloracne (L70.8);

j) Outras formas de cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo: elaioconiose ou dermatite folicular (L72.8);

k) Outras formas de hiperpigmentação pela melanina: melanodermia (L81.4);

l) Leucodermia, não classificada em outra parte (inclui vitiligo ocupacional) (L81.5);

m) Porfiria cutânea tardia (L81.8);

n) Ceratose palmar e plantar adquirida (L85.1);

o) Úlcera crônica da pele não classificada em outra parte (L98.4); e
p) Geladura (*frostbite*) (T33).

11.13 DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO (Grupo XIII da CID-10)

11.13.1 INTRODUÇÃO

11.13.1.1 O item Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo Relacionadas ao Trabalho inclui entidades representativas de dois extremos da patologia ocupacional: de um lado, doenças antigas, praticamente inexistentes na atualidade, como a gota induzida pelo chumbo, a fluorose do esqueleto e a osteomalacia e, de outro, o grupo DORT, também conhecidas por LER ou Cumulative Trauma Disorders (CTD), Repetitive Strain Injury (RSI), Occupational Overuse Syndrome (OOS) e Occupational Cervicobrachial Diseases (OCD), nos países anglofônicos, de crescente importância médico-social, em todo mundo.

11.13.1.2 De acordo com o critério adotado na organização destas Normas, utilizando a taxonomia proposta pela CID-10, algumas doenças consideradas como do grupo LER/DORT estão incluídas em Doenças do Sistema Nervoso Relacionadas ao Trabalho, descritas no item 11.6. Assim, os interessados nesse grupo de distúrbios devem reportar-se, também, àquele item.

11.13.1.3 Os grupos de fatores de risco são:

a) o grau de adequação do posto de trabalho à zona de atenção e à visão: a dimensão do posto de trabalho pode forçar os indivíduos a adotarem posturas ou métodos de trabalho que causam ou agravam as lesões osteomusculares;

b) o frio, as vibrações e as pressões locais sobre os tecidos;

c) as posturas inadequadas, com três mecanismos que podem causar distúrbios: os limites da amplitude articular, a força da gravidade oferecendo uma carga suplementar sobre articulações e músculos e as lesões mecânicas sobre os diferentes tecidos;

d) a carga osteomuscular entendida como a carga mecânica decorrente de: uma tensão (por exemplo, a tensão do bíceps) uma pressão (por exemplo, a pressão sobre o canal do carpo), uma fricção (por exemplo, a fricção de um tendão sobre a sua bainha), uma irritação (por exemplo, a irritação de um nervo). Entre os fatores que influenciam a carga osteomuscular, descrevem-se: a força, a receptividade, a duração da carga, o tipo de preensão, a postura do punho e o método de trabalho;

e) a carga estática presente quando um membro é mantido numa posição que vai contra a gravidade;

f) a invariabilidade da tarefa: monotonia fisiológica e/ou psicológica;

g) as exigências cognitivas: causando um aumento de tensão muscular ou uma reação mais generalizada de estresse;

h) os fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho: os fatores psicossociais são as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho, como considerações relativas à carreira, à carga e ao ritmo de trabalho e ao ambiente social e técnico do trabalho. A percepção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho.

11.13.1.4 LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Gota induzida pelo chumbo (M10.1);

b) Outras artroses (M19);
c) Síndrome cervicobraquial (M53.1);
d) Dorsalgia (M54) : cervicalgia (M54.2); ciática (M54.3) e lumbago com ciática (M54.4);
e) Sinovites e tenossinovites (M65): dedo em gatilho (M65.3), tenossivite do estilóide radial (de Quervain) (M65.4); Outras sinovites e tenossinovites (M65.8) e sinovites e tenossinovites, não especificadas (M65.9);
f) Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70): sinovite crepitante crônica da mão e do punho (M70.0); bursite da mão (M70.1); bursite do olécrano (M70.2); outras bursites do cotovelo (M70.3); outras bursites pré-rotulianas (M70.4); outras bursites do joelho (M70.5); outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.9);
g) Fibromatose de fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0);
h) Lesões do ombro (M75): capsulite adesiva do ombro (ombro congelado, periartrite do ombro) (M75.0); síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supra-espinhoso (M75.1); tendinite bicipital (M75.2); tendinite calcificante do ombro (M75.3); bursite do ombro (M75.5); outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro, não especificadas (M75.9);
i) Outras entesopatias (M77): epicondilite medial (M77.0) e epicondilite lateral (cotovelo de tenista) (M77.1);
j) Outros transtornos especificados dos tecidos moles, não classificados em outra parte (inclui Mialgia) (M.79);
k) Osteomalacia do adulto induzida por drogas (M83.5);
l) Fluorose do esqueleto (M85.1);
m) Osteonecrose (M87): osteonecrose devida a drogas (M87.1) e outras osteonecroses secundárias (M87.3);
n) Osteólise (M89.5) (de falanges distais de quirodáctilos);
o) Osteonecrose no “Mal dos Caixões” (M90.3); e
p) Doença de Kienböck do adulto (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo) (M93.1) e outras osteocondropatias especificadas (M93.8).

11.14 DOENÇAS DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO (Grupo XIV da CID-10)

11.14.1 INTRODUÇÃO

A exposição ambiental e/ou ocupacional a agentes biológicos, químicos e farmacológicos pode lesar, de forma aguda ou crônica, os rins e o trato urinário. O diagnóstico diferencial nos casos decorrentes de intoxicação medicamentosa é facilitado pelo relato do paciente ou de seus familiares e pela evolução, geralmente, aguda e reversível. Os demais agentes podem desencadear quadros insidiosos e crônicos, dificultando sua identificação e aumentando a possibilidade de dano.

11.14.2 LISTA DE DOENÇAS DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO RELACIONADAS AO TRABALHO

a) Síndrome nefrítica aguda (N00);
b) Doença glomerular crônica (N03);
c) Nefropatia túbulo-intersticial induzida por metais pesados (N14.3);
d) Insuficiência renal aguda (N17);
e) Insuficiência renal crônica (N18);
f) Cistite aguda (N30.0); e

g) Infertilidade masculina (N46).

VOLUME XII

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA TÉRMINO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DE RECOMENDAÇÕES

12.1 TÉRMINO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DE RECOMENDAÇÕES DE MILITARES

12.1.1 DEFINIÇÃO

É a perícia que se segue ao término de um período de LTSP ou de recomendações, visando a reavaliação do estado de saúde do militar.

12.1.2 COMPETÊNCIA

São competentes para efetuar essas Inspeções de Saúde, em primeira instância, os MPOM (se a LTSP ou recomendações for menor que trinta dias) e os MPGu.

12.1.3 PROCEDIMENTOS

a) considera-se "Apto para o serviço do Exército", o militar que se encontre em condições de higidez física e mental suficientes ao desempenho de suas atividades regulamentares.

b) considera-se "Apto para o serviço do Exército com recomendações" o militar que necessite observar prescrições de ordem médica que impliquem em afastamento de algumas das atividades laborativas e operacionais inerentes ao serviço.

c) os AMP deverão fazer constar no campo "Observações" da cópia da AIS, a natureza e o período de recomendações, não superior a 90 dias por inspeção.

d) os AMP deverão reavaliar as recomendações por ocasião da realização de uma IS ao término do período estabelecido na IS anterior, ou a qualquer tempo, sempre tendo como meta o mais breve retorno do militar às suas atividades normais.

e) os militares de carreira, após o transcurso de 36 meses contínuos de recomendações ou de alternância destas com períodos de incapacidade temporária pela mesma patologia (ou patologia correlata), deverão ser avaliados para a aplicação ou não, dos critérios de incapacidade definitiva.

f) para fins destas Normas, entende-se por período contínuo aquele que não for interrompido por 12 (doze) meses de aptidão para o serviço ativo do Exército, sem quaisquer recomendações funcionais.

g) admitem-se recomendações por tempo indeterminado, constatada a irreversibilidade das patologias ou lesões, que permitam a execução de tarefas que não exijam a plena aptidão do inspecionado. Nesses casos, os AMP deverão propor a readaptação Exemplos:

1) não permanecer em ambientes ruidosos (utilizar protetores auriculares);

2) pode realizar TFM/TAF alternativo;

3) não executar atividades que exijam visão binocular ou perfeita discriminação de cores; e

4) deverá permanecer afastado de exposição solar e de substâncias mielotóxicas tais como tinner, tintas, óleos, combustíveis, vernizes etc.

h) quando o AMP exarar parecer de recomendações quanto ao exercício de alguma atividade inerente ao desempenho da função militar, deverá fazer constar, no campo "Observações" da AIS, o grupo de atividades compatíveis com as condições do inspecionado, obedecido o previsto no Anexo W destas Normas.

i) ao indicar o grupo de atividades que poderão ser desempenhadas pelo inspecionado, o AMP somente deverá incluir as que sejam compatíveis com o grau

hierárquico deste.

j) considera-se incapaz temporariamente o militar que necessite de LTSP por apresentar, no momento da IS, indícios de lesão, doença ou defeito físico considerado curável ou clinicamente controlada. Os AMP deverão declarar, então, a incapacidade temporária de até três meses por IS, limitada ao máximo de trinta e seis meses.

k) considera-se incapaz definitivamente o militar que, no momento da IS, apresente indícios de lesão, doença ou defeito físico que para sua cura total ou parcial, ou para reabilitação para qualquer função específica, necessite de prazo igual ou superior a trinta e seis meses contínuos. Os AMP deverão estar atentos para esses prazos não serem ultrapassados. Ao exarar pareceres de incapacidade definitiva, os AMP deverão certificar-se da existência ou não de Atestado de Origem. Caso afirmativo, deverão pronunciar-se quanto à relação de causa e efeito.

l) os exames clínico-funcionais deverão visar principalmente os órgãos e sistemas objetos das queixas por parte do paciente, cotejando com a natureza de suas atividades profissionais. Os exames complementares são os mínimos necessários, com ênfase nos órgãos ou funções que motivaram a LTSP.

m) a apresentação, o controle dos tratamentos durante os períodos de LTSP e a reapresentação aos AMP nos devidos prazos, é de responsabilidade da OM do inspecionado, sendo recomendável contato do setor de pessoal com o AMP. O tratamento de saúde, objetivo primordial da concessão de LTSP, é controlado por meio da emissão da Guia de Acompanhamento Médico, constante do Anexo Z destas Normas. Os inspecionados serão apresentados para IS mediante ofício, devendo estar corretamente especificada a finalidade da IS.

12.1.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

a) “Apto para o serviço do Exército”;

b) “Apto para o serviço do Exército, com recomendações”, observado o previsto na letra “b” do subitem 4.1.6.1 destas Normas (neste caso, fazer constar no campo “Observações”, o grupo do anexo W destas Normas, cujas atividades o inspecionado pode executar, considerando, seu Posto/Graduação);

c) “Incapaz temporariamente para o serviço do Exército. Necessita de _______ dias de afastamento total do serviço e instrução para realizar seu tratamento”.

Acrescentar ao final “em prorrogação” quando for IS por Término de Incapacidade ou recomendações;

d) “Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido”;

e) “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

f) quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

II – “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

III – “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

IV – “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

12.1.5 Para os portadores de DSO o AMP deverá fazer constar no campo “Parecer”, uma das expressões:

a) “Há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e as condições mórbidas atuais (citar o(s) utilizado(s))”; ou

b) “Não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e as condições mórbidas atuais (citar o(s) utilizado(s))”.

12.1.6 OBSERVAÇÕES

12.1.6.1 Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do art. 108, da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980”.

12.1.6.1.2 O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do art. 108, da Lei nº 6.880/1980:

a) o inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b) o inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c) o inciso III – acidente em serviço;

d) o inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e) o inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f) o inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

12.1.7 Tratando-se de militares temporários, os pareceres e observações são os previstos no Volume XIII destas Normas.

12.1.8 CASOS ESPECIAIS

a) os militares da ativa, portadores assintomáticos do vírus HIV, deverão ser classificados em um dos grupos constantes do inciso 32.4 da Portaria nº 047-MD, de 21 JUL 16, e serão considerados aptos para o serviço do Exército, com recomendações por tempo indeterminado, não podendo participar de procedimentos cirúrgicos médicos e odontológicos, não exercer atividades para as quais esteja prevista a percepção de adicional de compensação orgânica e não ser designado para missão no exterior; e

b) os militares enquadrados na alínea anterior deverão ser submetidos a controle periódico de saúde anual cujos pareceres conterão todas as recomendações acima, sem prejuízo das verificações de deficiência funcional que couberem, em qualquer tempo.

12.2 TÉRMINO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DE RECOMENDAÇÕES DE SERVIDORES PÚBLICO

12.2.1 DEFINIÇÃO

Trata-se da perícia médica que visa a estabelecer os variados graus de aptidão, inaptidão ou restrições laborativas do servidor civil, observando os seus tratamentos de saúde junto aos médicos assistentes. Tem caráter eminentemente clínico-funcional**,** objetivando verificar o grau de comprometimento de uma enfermidade qualquer sobre a atividade do servidor civil. A capacidade laborativa dos servidores civis será avaliada segundo os critérios e conceitos definidos pela Portaria Normativa **nº** 797/2010 da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que Institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, que estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre os procedimentos a serem observados quando da aplicação da Perícia Oficial em Saúde de que trata a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

12.2.2 COMPETÊNCIA

Estas IS são de competência dos MPOM ou MPGu.

12.2.3 PROCEDIMENTOS

a) em virtude dos aspectos a serem analisados e considerados pelos AMP na avaliação funcional dos servidores civis, determinados pela Portaria Normativa n° 1.675/2006**,** da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, os Ofícios de encaminhamento aos AMP deverão conter, obrigatoriamente, as informações abaixo, conforme o modelo contido no Anexo AB destas Normas:

1) das funções e atividades desempenhadas pelo servidor naquela OM;

2) o período de trabalho do servidor civil, bem como se trabalha em horário especial e desde quando**;**

3) se já foi readaptado**,** ou se está desviado de função (caso afirmativo, desde quando e qual(is) atividade (s) vem desenvolvendo);

4) o meio de transporte utilizado para se deslocar da residência para o trabalho, e vice- versa;

5) potenciais riscos, inclusive ambientais (operar com máquinas de precisão, que gerem ruídos elevados, irradiação, esforços repetitivos desempenhados que possam contribuir para a instalação ou piora da perturbação mórbida percebida pela Chefia e/ou demais servidores que trabalham no mesmo ambiente de trabalho, bem como quando desenvolver esforços físicos intensos julgados de interesse para o conhecimento do AMP);

6) análise ergonômica geral do ambiente de trabalho do servidor civil;

7) a existência (ou não) de Prontuário Médico ou tratamento em vigência no âmbito do Exército e outra instituição da Administração Pública; e

8) a existência (ou não) de Atestado de Origem atinente ao servidor civil, e, em caso positivo, enviá-lo juntamente ao ofício.

b) os exames clínico-funcionais deverão visar principalmente os órgãos e sistemas objeto das queixas por parte do inspecionando, cotejando com a natureza de suas atividades profissionais. Os exames complementares são os mínimos necessários e previstos no Anexo M destas Normas, que permitam a conclusão do AMP, com ênfase nos órgãos ou funções que motivaram a LTSP, sendo aceitáveis exames externos ao Exército, desde que em papel timbrado do serviço que o emitiu, com aposição do carimbo legível com nome e registro do órgão de regulamentação da profissão do profissional emitente;

c) considera-se apto para o serviço público em geral o servidor civil que se encontre em condições de saúde para cumprir com eficiência as atividades já desempenhadas. A presença de doença, por si só, não determina incapacidade laborativa (salvo em casos de doença infecto-contagiosa de contato social), sendo de importância a sua repercussão no desempenho das atividades inerentes ao trabalho. Quando se tratar de recomendações assistenciais, estas não devem constar da AIS, porém devem ser lançadas na FiRDI, sendo, obrigatoriamente, informadas mediante ofício do AMP endereçado à Chefia do Servidor Civil. Os AMP não devem confundir recomendações assistenciais com as de caráter restritivo da capacidade laborativa;

d) está apto para o Serviço Público em Geral, com recomendações de determinadas atividades do trabalho, o servidor civil que conseguir desempenhar**,** sem prejuízo para sua saúde**,** mais de 70% de suas atividades de trabalho, na mesma função. Os AMP deverão estimar e fazer constar no campo “observações” da AIS, o período de duração (tempo determinado ou definitivas) e a natureza das recomendações, devendo reavaliá-las a qualquer tempo, por ocasião de controle periódico de saúde, ou ao término

do período estabelecido, a fim de proporcionar ao servidor civil retorno às suas atividades normais. Neste caso, os AMP deverão transcrever no campo “observações” da AIS, as recomendações, descrevendo detalhadamente as limitações laborativas prescritas de acordo com as informações prestadas no oficio de apresentação. Caso o servidor civil não consiga atender a um mínimo de 70% das atribuições do seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente;

e) nas AIS que contiverem pareceres de apto com recomendações, os AMP deverão especificá-las, bem como o período, ou informar se são definitivas;

f) considera-se incapaz temporariamente para o Serviço Público em Geral o servidor civil que necessite de LTSP por apresentar, no momento da IS, indícios de lesão, doença ou defeito físico considerado curável ou clinicamente controlável. Nesses casos os AMP deverão declarar a incapacidade temporária do servidor de até três meses por IS, limitada ao máximo de vinte e quatro meses consecutivos. Nas reapresentações ao AMP para reavaliação, o servidor civil deverá comprovar o tratamento realizado no período exarado pelo AMP, mediante relatórios dos serviços onde se trata, com detalhada evolução naquele período pré-estabelecido, bem como das terapêuticas utilizadas (médicas, fisioterapêuticas, fonoaudiológicas, nutricionais, dentre outras possíveis) e pelo preenchimento do Anexo Z destas Normas. A impossibilidade do tratamento estipulado e especializado no período previamente estabelecido deve ser relatada pelo(s) profissional(is) assistente(s), bem como os seus motivos;

g) nos casos de LTSP superior a trinta dias o MPGu deverá solicitar à RM (SSR), via correio eletrônico do SIPMED, providências para a homologação por JISR, a qual deverá remeter a cópia da ata homologatória para a OM do servidor;

h) considera-se inválido para o Serviço Público em Geral, o servidor civil que, no momento da inspeção de saúde, apresente indícios de lesão, doença ou defeito físico incurável e impeditivo ao exercício de suas funções, insusceptível de reabilitação ou readaptação funcional num prazo igual ou superior a vinte e quatro meses contínuos, não sendo obrigatório que a doença invalidante conste do art.186 da lei nº. 8.112/90. Os AMP deverão estar atentos para esse prazo não ser ultrapassado;

i) sempre que possível, os AMP deverão observar o prazo máximo permissível para permanência em LTSP, antes de exarar o laudo de invalidez;

j) ao exarar pareceres de invalidez, os AMP deverão certificar-se da existência ou não de Atestado de Origem (AO) referente a acidentes anteriores à IS em andamento, procedendo de acordo com o previsto no Volume X quando ao complemento do parecer a ser exarado, qualquer que seja sua conclusão;

k) quando se tratar de doença especificada no parágrafo 1º, art. 186, da Lei n° 8.112/1990, devem ser atendidos os padrões e critérios da Portaria Normativa n° 1.675/2006, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;

l) o AMP deverá registrar também na AIS a existência de AO ou de ISO. Só deverão constar no parecer os diagnósticos por extenso relativos ao enquadramento em um único item do RJU, prevalecendo aquele que maiores benefícios propiciar ao inspecionado, sempre que houver doenças ou lesões que se enquadrem em mais de um item. Os pormenores deste enquadramento deverão ser claramente anotados na descrição da doença atual, item da FiRDI. Não há necessidade de enquadramento legal no parecer, providência essa de competência dos órgãos de pessoal;

m) permanecerão sob a jurisdição do AMP específico os inspecionados que se encontrarem em LTSP, ou sob restrições da capacidade laborativa, concedidas por esse mesmo AMP, para todas as modalidades de IS, até que seja exarado um laudo de invalidez (motivando a aposentadoria);

n) a apresentação, o controle dos tratamentos durante os períodos de LTSP e a reapresentação ao AMP nos devidos prazos, é de responsabilidade da OM do inspecionado, sendo recomendável contato formal do setor de pessoal com os setores assistencial e pericial;

o) os servidores civis serão apresentados para IS por sua OM**,** por oficio**,** onde deverão ser registradas as datas de início e término dos períodos de LTSP eventualmente gozados, bem como se é necessária perícia domiciliar ou hospitalar (para tal, deve ser anexada ao oficio de apresentação, uma declaração recente do médico assistente do servidor**,** informando textualmente que o mesmo está recebendo visita médico-assistencial em sua residência), ou readaptação profissional; e

p) os Servidores Civis mantidos em LTSP por período superior a 90 (noventa) dias deverão ter suas inspeções de saúde encaminhadas para homologação por JISR.

12.2.4 FORMAS DE CONCLUSÃO

a) “Apto para o Serviço Público em Geral”;

b) “Apto para o Serviço Público em Geral, com recomendações”. Lançar as recomendações no campo observações da AIS;

c) “Incapaz temporariamente para o Serviço Público em Geral, necessitando de (tempo a declarar, em dias ou meses) de LTSP”;

Acrescentar ao final “em prorrogação” quando forem IS por término de incapacidade; e

d) “Inválido (a) para o Serviço Público em Geral.”

12.2.5 OBSERVAÇÕES

Constatada a invalidez do servidor civil o AMP deverá declarar no campo “Observações” da AIS a seguinte expressão: “ A invalidez é (não é) decorrente do previsto no inciso I, do art. 186 da Lei 8.112/1990.”

12.2.6 PRAZOS DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE PRÓPRIA

a) Considerando-se a necessidade de padronização de critérios nas perícias médicas no Exército, os diagnósticos mais comuns como causas de incapacidade e utilizando o princípio da Medicina Baseada em Evidência (MBE), os AMP deverão basear-se nos prazos constante no Anexo AA, devendo, quando a licença ultrapassar esses prazos, somando-se as prorrogações, lançar a justificativa para a concessão na FiRDI.

b) Outras patologias não relacionadas no referido Anexo AA ficarão sob a estrita responsabilidade dos AMP.

VOLUME XIII

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA FIM DO SERVIÇO MILITAR, OBRIGATÓRIO OU VOLUNTÁRIO (ART. 52 DO DECRETO Nº 57.654, DE 20 JAN 1966 – REGULAMENTO DA LEI DO SERVIÇO MILITAR) - INGRESSO OU SAÍDA DO SERVIÇO MILITAR

13.1 INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA INGRESSO NO SERVIÇO MILITAR

13.1.1 DEFINIÇÃO

É a perícia médica que visa verificar se os candidatos ao ingresso preenchem os padrões psicofísicos de aptidão para o serviço militar, seja obrigatório ou voluntário, conforme previsto nas IGISC, aprovadas pelo Decreto nº 60.822, de 7 JUN 1967, alterado pelos Decretos nº 63.078, de 5 AGO 1968 e 703, de 22 DEZ 1992:

13.1.2 SELEÇÃO PARA INGRESSO NO SERVIÇO MILITAR

É a inspeção de saúde que visa verificar se os candidatos ao ingresso no Exército Brasileiro para prestação do serviço militar temporário preenchem os padrões psicofísicos de aptidão para o serviço militar, seja obrigatório ou voluntário.

13.1.2.1 COMPETÊNCIA PARA REALIZAR INSPEÇÃO

a) as inspeções para seleção geral e suplementar, de que trata a alínea “b” do subitem 13.1.2 do Decreto nº 703, de 22 DEZ 1992, será realizada pelo pessoal de saúde integrante da Comissão de Seleção (CS), por intermédio do SERMILMOB, não devendo ser inserida no SIPMED.

b) a inspeção para seleção complementar, de que trata a alínea “c” do subitem 13.1.2 do Decreto nº 703, de 22 DEZ 1992, ou para outras formas de ingresso no serviço militar temporário, será realizada pelo serviço de saúde da OM (médico atendente da OM) onde se processa a seleção, porém, **não devendo ser inserida no SIPMED**.

c) no caso de conscritos (ainda não incorporados) que venham a sofrer acidente em serviço, durante o processo de seleção e que necessitarem de outras inspeções de saúde, estas serão realizadas por MPOM, MPGu ou JISE, no SIPMED, com a finalidade VCL para civil e/ou Controle de AO, devendo o cadastro ser realizado com a SITUAÇÃO: civil, POSTO: civil e CATEGORIA: conscrito.

d) aplica-se o previsto na alínea anterior aos atiradores de Tiro-de-Guerra e alunos das Escolas de Instrução Militar que venham a sofrer acidente, comprovadamente, em serviço.

e) no caso de atiradores de Tiro-de-Guerra, as inspeções de saúde para matrícula serão realizadas pelo médico da Comissão de Seleção (CS), conforme previsto no § 2º do art. 64 do Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966, não devendo ser inserida no SIPMED. No caso de acidente comprovadamente, em serviço, deverão ser adotados os procedimentos previstos na alínea “c” anterior.

13.1.2.2 DIAGNÓSTICOS

Os AMP deverão preencher o campo diagnóstico, conforme se segue:

a) não sendo constatada nenhuma doença ou defeito físico será lançada no campo reservado ao(s) diagnóstico(s), a expressão “A00 - *Ausência de Anormalidades ao Exame Clinico*”.

b) sendo constatada alguma doença ou defeito físico mesmo que não comprometa a capacidade laborativa do inspecionado, este deverá ser mencionado no campo “Diagnóstico”, sempre com código alfa-numérico e por extenso.

c) não deverão ser utilizados códigos alfa numéricos (CID), que não sejam capazes de esclarecer totalmente as limitações laborais do inspecionado. (Ex. M51 - Transtornos de discos lombares e M54.5 - Dor lombar baixa);

d) sendo constatada alguma doença ou defeito físico o AMP deverá complementar o(s) diagnóstico(s), com os esclarecimentos necessários ao seu inteiro entendimento (Ex: MID, MIE, articulação afetada etc.), bem como, com a expressão "Compatível(eis) com o Serviço Militar" quando o inspecionado for julgado "Apto A."

13.1.2.3 PARECERES

Para esta inspeção, os AMP deverão emitir um dos pareceres abaixo, conforme o caso:

a) "Apto A" - aplica-se aos candidatos que satisfizerem os requisitos regulamentares, possuindo boas condições de robustez física e mental. Podem apresentar pequenas lesões, defeitos físicos ou doenças, desde que compatíveis com o Serviço Militar;

b) "Incapaz B-1." - aplica-se aos candidatos portadores de doenças, lesões ou defeitos físicos ou mentais incompatíveis com serviço militar (causem incapacidade para atividades militares), porém, recuperáveis a curto prazo. Para efeito do Serviço Militar, este prazo será de até um ano;

c) "Incapaz B-2." - aplica-se aos candidatos que apresentarem doenças, lesões ou defeitos físicos ou mentais incompatíveis com serviço militar, porém, recuperáveis a longo prazo. Para efeito do Serviço Militar, este prazo será superior a um ano;

d) "Incapaz C" - aplica-se aos candidatos portadores de doenças, lesões ou defeitos físicos ou mentais incompatíveis com o serviço militar e considerados incuráveis; ou

e) "Contraindicado para ingresso no Serviço do Exército" - Aplica-se aos inspecionados que na seleção complementar (alínea "b" do subitem 13.1.2.1 deste volume) apresentarem defeito físico ou doenças incompatíveis com o Sv Militar. Nos casos de incapacidade definitiva ("incapaz C"), deverão ser encaminhados, obrigatoriamente, à JISR.

13.1.2.3.1 Para matrícula nos Órgãos de Formação de Oficiais da Reserva, os pareceres serão os seguintes:

a) "Apto A." para matrícula em Órgão de Formação de Oficiais da Reserva;

b) "Incapaz B-1." para matrícula em Órgão de Formação de Oficiais da Reserva;

c) "Incapaz B-2." para matrícula em Órgão de Formação de Oficiais da Reserva; ou

d) "Incapaz C." para matrícula em Órgão de Formação de Oficiais da Reserva.

13.1.2.4 Padrões Psicofísicos e Exames Complementares

a) os padrões psicofísicos e exames complementares são aqueles estabelecidos pelas Instruções Gerais das Inspeções de Saúde de Conscritos (IGISC) ou os estabelecidos pelos respectivos editais de convocação, caso existam.

b) nas inspeções de saúde previstas nas alíneas "b" e "c" do subitem 13.1.2.1 destas Normas, os exames complementares são a critério médico.

13.1.2.5 DO RECURSO

a) havendo recurso da inspeção prevista na letra "a" e "b" do subitem 13.2.1 destas normas, e sendo o requerimento deferido, o candidato será encaminhado à JISR que realizará o cadastro, o agendamento e a inspeção de saúde, no SIPMED, com a finalidade "convocação/incorporação".

b) nos casos previsto nas letras “c” do subitem 13.2.1 destas normas, deverá ser observado o previsto no volume XV destas normas.

13.2 PERMANÊNCIA OU SAÍDA DO SERVIÇO ATIVO DE MILITARES TEMPORÁRIOS

13.2.1 DEFINIÇÃO

É a inspeção de saúde que visa verificar se os militares já incorporados ao Exército Brasileiro preenchem os padrões psicofísicos de aptidão para prosseguir no serviço militar. Esta inspeção, dentro de sua validade, surtirá efeito em todas as áreas administrativas (licenciamento, desincorporação, engajamento/reengajamento, promoção, reforma, curso e outras que forem necessárias), desde que não exijam regulamentação específica.

13.2.2 COMPETÊNCIA

São competentes para realizar esta inspeção, em primeira instância, os MPOM (exceto as restrições previstas no parágrafo único do art. 15 das IRPMEx), MPGu ou JISE.

13.2.3 DIAGNÓSTICOS

Os AMP deverão preencher o campo diagnóstico, conforme se segue:

a) não sendo constatada nenhuma doença ou defeito físico ou mental será lançada no campo reservado ao(s) diagnóstico(s), a expressão “A00 - *Ausência de Anormalidades ao Exame Clinico*”;

b) sendo constatada alguma doença ou defeito físico, mesmo que não comprometa a capacidade laborativa do inspecionado, este deverá ser mencionado no campo “Diagnóstico”, sempre por código alfa numérico e por extenso;

c) não deverão ser utilizados códigos alfa numéricos (CID), que não sejam capazes de esclarecer totalmente as limitações laborais do inspecionado (Ex: M51 - Transtornos de discos lombares e M54.5 - Dor lombar baixa);

d) sendo constatada alguma doença ou defeito físico (diagnóstico) o AMP deverá complementar o(s) diagnóstico(s), com os esclarecimentos necessários ao seu inteiro entendimento (Ex: MID, MIE, articulação afetada etc.) e ainda, nos casos relacionados a doenças especificadas em lei, observar os procedimentos previsto no Volume XIV destas Normas;

e) nos casos relacionados ao vírus da Imunodeficiências Humana (HIV), acrescentar, entre parênteses, a expressão é ou não é SIDA/AIDS, devendo ser observado que para os portadores assintomáticos do vírus HIV, poderão ser utilizados os códigos R75 ou Z21 (CID 10);

f) acrescentar a expressão “Compatível(eis) com o Serviço Militar” quando o inspecionado for julgado “Apto A”; e

g) para os portadores de Documento Sanitário de Origem (DSO), sempre que for constatado um ou mais diagnóstico(s) o AMP deverá indicar se há (ou não há) relação de causa e efeito, no SIPMED, clicando no ícone ao lado do diagnóstico.

13.2.4 PARECERES

Para esta finalidade, aplicam-se os seguintes pareceres, os quais se encontram disponíveis no SIPMED.

a) “**Apto A**” - aplica-se ao inspecionado que satisfizer os requisitos regulamentares, possuindo boas condições de robustez física e saúde mental. Podem apresentar pequenas lesões, defeitos físicos ou doenças, desde que compatíveis com o Serviço Militar.

b) “**Incapaz B-1**” - aplica-se ao inspecionado portador de doenças, lesões ou defeitos físicos incompatíveis com serviço militar, porém, recuperáveis a curto prazo (até um ano), devendo o AMP complementar este parecer com as seguintes informações:

1) necessita de ___ dias de afastamento total do serviço e instrução para realização do tratamento. (quando o afastamento for da mesma data em que está sendo realizada a inspeção); ou

2) necessita de ___ dias de afastamento total do serviço e instrução para realização do tratamento, a contar de ___/____/____: (quando o afastamento retroagir a data anterior àquela que está sendo realizada a inspeção), observando o constante do anexo AA desta Normas.

3) para os portadores de DSO, o AMP deverá manifestar-se quanto a relação (ou não), de causa e efeito com o acidente sofrido ou doença adquirida em ato de serviço.

c) “**Incapaz B-2**” - aplica-se ao inspecionado portador de doenças, lesões ou defeitos físicos incompatíveis com serviço militar, porém, recuperáveis a longo prazo (superior a um ano) ou que já ultrapassou um ano de incapaz B1, devendo o AMP complementar este parecer com as seguintes informações:

1) necessita de ___ dias de afastamento total do serviço e instrução para realização do tratamento (quando o afastamento for da mesma data em que está sendo realizada a inspeção); ou

2) necessita de ___ dias de afastamento total do serviço e instrução para realização do tratamento, a contar de ___/____/____: (quando o afastamento retroagir a data anterior àquela que está sendo realizada a inspeção), observando o constante do anexo AA desta Normas).

3) para os portadores de DSO, o AMP deverá manifestar-se quanto a relação (ou não), de causa e efeito com o acidente sofrido ou doença adquirida em ato de serviço.

d) “**Incapaz C**” - aplica-se ao inspecionado portador de doenças, lesões ou defeitos físicos incompatíveis com o serviço militar, consideradas incuráveis, devendo o AMP complementar este parecer com as seguintes informações:

1) é (ou não é) inválido;

2) caso seja inválido, necessita (ou não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem (observada a Tabela para caracterização de cuidados de enfermagem e hospitalização, anexo “O” destas Normas); e

3) para os portadores de DSO, o AMP deverá manifestar-se quanto a relação (ou não), de causa e efeito com o acidente sofrido ou doença adquirida em ato de serviço.

13.2.5 OBSERVAÇÕES

Os AMP deverão preencher o campo “Observações”, selecionando os textos pré-estabelecidos, disponíveis no SIPMED, conforme o caso.

13.2.5.1 Para os Inspecionados Julgados “Apto A”

1) o parecer "Apto A" significa que o(a) inspecionado(a) satisfaz os requisitos regulamentares, possuindo boas condições de robustez física, podendo apresentar pequenas lesões, defeitos físicos ou doenças, desde que compatíveis com o Serviço militar; e

2) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 1 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966.

13.2.5.2 Para os Inspecionados Julgados “**Incapaz B-1**”

a. com enquadramento em um dos incisos I, II, III, IV ou V do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980 - Estatuto dos Militares.

1) **o** parecer "Incapaz B-1" significa que o(a) inspecionado(a) encontra-se incapaz temporariamente, podendo ser recuperado a curto prazo (até um ano);

2) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 2 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (em todos os casos);

3) a incapacidade está enquadrada no inciso I, II, III, IV ou V do Art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980, conforme o caso; e

4) pode (ou não pode) viajar (somente para militares de outra Guarnição).

b. com enquadramento no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980 - Estatuto dos Militares.

1) o parecer "Incapaz B-1" significa que o(a) inspecionado(a) encontra-se incapaz temporariamente, podendo ser recuperado a curto prazo (até um ano);

2) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 2 do parágrafo único do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (em todos os casos);

3) a incapacidade está enquadrada no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980;

4) a doença incapacitante pré-existia (ou não pré-existia) à data da incorporação;

5) pode (ou não pode) exercer atividades laborativas civis;

6) deverá manter tratamento em Organização Militar de Saúde (OMS), até seu restabelecimento, conforme previsto no art 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966, caso o inspecionado seja licenciado ou desincorporado durante o período de incapacidade (**somente para inspecionado apto para o exercício de atividades laborativas civis**); e

7) pode (ou não pode) viajar. (somente para militares de outra Guarnição).

13.2.5.3 Para os Inspecionado Julgados "Incapaz B-2"

a. com enquadramento em um dos incisos I, II, III, IV ou V do art. 108 da Lei 6.880, de 09 DEZ 1980 - Estatuto dos Militares.

1) o parecer "Incapaz B-2" significa que o(a) inspecionado(a) encontra-se temporariamente incapaz, podendo ser recuperado(a), porém sua recuperação exige um prazo longo (superior a um ano);

2) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 3 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (em todos os casos);

3) a incapacidade está enquadrada no inciso I, II, III, IV ou V do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980, conforme o caso; e

5) pode (ou não pode) viajar (somente para militares de outra Guarnição);

b. com enquadramento no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980 - Estatuto dos Militares.

1) o parecer "Incapaz B-2" significa que o(a) inspecionado(a) encontra-se temporariamente incapaz, podendo ser recuperado(a), porém sua recuperação exige um prazo longo (superior a um ano)

2) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 3 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (em todos os casos)

3) a incapacidade está enquadrada no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980;

4) a doença incapacitante, pré-existia (ou não pré-existia) à data da incorporação;

5) pode (ou não pode) exercer atividades laborativas civis;

6) deverá manter tratamento em Organização Militar de Saúde (OMS), até seu restabelecimento, conforme previsto no art 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966, caso o inspecionado seja licenciado ou desincorporado durante o período de incapacidade (**somente para inspecionado apto para o exercício de atividades laborativas civis**);

7) Pode (ou não pode) viajar (somente para militares de outra Guarnição).

13.2.5.4 Para os Inspecionados Julgados "**Incapaz C. Não inválido**"

a. com enquadramento em um dos incisos I, II, III, IV ou V do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980 - Estatuto dos Militares.

1) o parecer "Incapaz C" significa que o(a) inspecionado(a) é incapaz definitivamente (irrecuperável), por apresentar lesão, doença ou defeito físico considerado incurável e incompatível com o Serviço Militar;

2) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 4 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (em todos os casos);

3) a incapacidade está enquadrada no inciso I, II, III, IV ou V do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980, conforme o caso; e

4) pode (ou não pode) viajar (somente para militares de outra Guarnição).

b. Com enquadramento no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980 - Estatuto dos Militares.

1) o parecer "Incapaz C" significa que o(a) inspecionado(a) é incapaz definitivamente (irrecuperável), por apresentar lesão, doença ou defeito físico considerado incurável e incompatível com o Serviço Militar

2) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 4 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (em todos os casos);

3) a incapacidade está enquadrada no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980;

4) a doença incapacitante, pré-existia (ou não pré-existia) à data da incorporação;

5) pode (ou não pode) exercer atividades laborativas civis;

6) deverá manter tratamento em Organização Militar de Saúde (OMS), até seu restabelecimento, conforme previsto no art. 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966, caso o inspecionado seja licenciado ou desincorporado durante o período de incapacidade (**somente para inspecionado apto para o exercício de atividades laborativas civis**);

7) pode (ou não pode) viajar (somente para militares de outra Guarnição).

13.2.5.5 Para os Inspecionados Julgados "**Incapaz C. Inválido".**

1) a invalidez está enquadrada no inciso I, II, III, IV, V ou VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980, conforme o caso; e

2) pode (ou não pode) viajar (somente para militares de outra Guarnição).

13.2.6 PADRÕES PSICOFÍSICOS E EXAMES COMPLEMENTARES

a) os padrões psicofísicos são aqueles estabelecidos pelas Instruções Gerais das Inspeções de Saúde de Conscritos (IGISC) ou os aqueles estabelecidos pelos respectivos editais de convocação, caso existam.

b) os exames complementares são a critério médico.

13.2.7 PRODUÇÃO DE EFEITOS ADMINISTRATIVOS

Esta inspeção de saúde atende a todas as necessidades administrativas (Promoção, Prorrogação do Tempo de Serviço, Inscrição em Curso, Licenciamento, Desincorporação, Anulação da incorporação etc.), por um período de um ano, desde que não exijam regulamentação específica.

13.3 VERIFICAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA DE MILITARES TEMPORÁRIOS

13.3.1 DEFINIÇÃO

A Verificação de Capacidade Laborativa (VCL) é a perícia médica realizada para avaliar o estado de saúde física e mental dos militares temporários, toda vez que houver alteração do estado sanitário do militar, buscando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho profissional e, obrigatoriamente, nas seguintes situações:

a) antecipação de Licença Gestante;
b) a cada 30 (trinta) dias consecutivos de internação hospitalar; e
c) alta hospitalar.

13.3.2 Aplica-se também, aos reservistas portadores de DSO que venham a requerer amparo do Estado.

13.3.3 A competência para realizar esta inspeção, os diagnósticos, os pareceres, as observações e os padrões psicofísicos são os mesmo previstos na inspeção para permanência ou saída do serviço ativo de militares temporários (item 13.2 destas normas).

13.3.4 Tratando-se de reservistas, não deverão ser aplicadas as observações atinentes aos militares da ativa, tais como: Necessita de afastamento total do serviço militar, Pode ou não viajar etc.

13.3.5 Esta inspeção de saúde atende a todas as necessidades administrativas (Promoção, Prorrogação do Tempo de Serviço, Inscrição em Curso, Licenciamento, Desincorporação, Anulação da incorporação etc.), por um período de 01 (um) ano, desde que não exijam regulamentação específica.

13.4 OBSERVAÇÕES DISPONÍVEIS NO SISTEMA INFORMATIZADO DE PERÍCIAS MÉDICAS E SUAS RESPECTIVAS APLICAÇÕES

1) a doença ou defeito físico não pré-existia à data da incorporação. Sempre que for constatada incapacidade temporária (incapaz B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C. Não inválido) em inspecionado, com enquadramento no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980, decorrente de patologia contraída ou desencadeada após a data da incorporação;

2) a doença ou defeito físico pré-existia à data da incorporação. Sempre que for constatada incapacidade temporária (incapaz B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C. Não inválido) em inspecionado, com enquadramento no inciso VI do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980, decorrente de patologia contraída ou desencadeada antes da data da incorporação e tenha sido omitida ou não diagnosticada pela Comissão de Seleção (CS);

3) a incapacidade está enquadrada no inciso I do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que for constatada incapacidade temporária (B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C) decorrente de ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

4) a incapacidade está enquadrada no inciso II do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que for constatada incapacidade temporária (B1 ou B2) ou definitiva

(incapaz C) decorrente de enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

5) a incapacidade está enquadrada no inciso III do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que for constatada incapacidade temporária (B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C) decorrente de enfermidade decorrente de acidente em serviço;

6) a incapacidade está enquadrada no inciso IV do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que for constatada incapacidade temporária (B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C) em decorrência de doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

7) a incapacidade está enquadrada no inciso V do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que for constatada incapacidade temporária (B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C) em decorrência de: tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave e SIDA/AIDS;

8) a incapacidade está enquadrada no inciso VI do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que for constatada incapacidade temporária (B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C) decorrente de acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço;

9) pode exercer atividades laborativas civis (a incapacidade refere-se única e exclusivamente aos requisitos para prestação do serviço militar). Sempre que for constatada incapacidade temporária (incapaz B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C. Não inválido) e o inspecionado tiver condições de exercer atividades civis, especialmente, aquela exercida antes da incorporação, declarada por ocasião do alistamento;

10) não pode exercer atividades laborativas civis. Sempre que for constatada incapacidade temporária (B1 ou B2) ou definitiva (incapaz C) e o inspecionado não tiver condições de exercer atividades civis, especialmente, aquela (exercida antes da incorporação) declarada por ocasião do alistamento;

11) pode viajar (para os inspecionados da ativa que servem em OM de Guarnição diferente daquela que está sendo realizada a inspeção e que tiverem condições de retornarem à Gu de Origem);

12) não pode viajar (para os inspecionados da ativa que servem em OM de Guarnição diferente daquela que está sendo realizada a inspeção e que não tiverem condições de retornarem à Gu de Origem);

13. Deverá manter tratamento em Organização Militar de Saúde (OMS), até seu restabelecimento, conforme previsto no art. 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966, caso o inspecionado seja licenciado ou desincorporado durante o período de incapacidade (**somente para inspecionado apto para o exercício de atividades laborativas civis**);

14) a invalidez está enquadrada no inciso I do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que o inspecionado for julgado inválido em decorrência de ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

15) a invalidez está enquadrada no inciso II do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que o inspecionado for julgado inválido em decorrência de enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

16) a invalidez está enquadrada no inciso III do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que o inspecionado for julgado inválido em decorrência de enfermidade decorrente de acidente em serviço;

17) a invalidez está enquadrada no inciso IV do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que o inspecionado for julgado inválido em decorrência de doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

18) a invalidez está enquadrada no inciso V do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que o inspecionado for julgado inválido em decorrência de: tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave e SIDA/AIDS;

19) a invalidez está enquadrada no inciso VI do art. 108 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980. Sempre que o inspecionado for julgado inválido em decorrência de acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço;

20) o parecer "Apto A" significa que o(a) inspecionado(a) satisfaz os requisitos regulamentares, possuindo boas condições de robustez física, podendo apresentar pequenas lesões, defeitos físicos ou doenças, desde que compatíveis com o Serviço militar;

21) o parecer "Incapaz B-1" significa que o(a) inspecionado(a) encontra-se incapaz temporariamente, podendo ser recuperado a curto prazo (até um ano);

22) o parecer "Incapaz B-2" significa que o(a) inspecionado(a) encontra-se temporariamente incapaz, podendo ser recuperado(a), porém sua recuperação exige um prazo longo (mais de um ano) e as lesões, defeitos ou doenças de que é portador(a), desaconselham sua incorporação ou matrícula;

23) o parecer "Incapaz C" significa que o(a) inspecionado(a) é incapaz definitivamente (irrecuperável), por apresentar lesão, doença ou defeito físico considerado incurável e incompatível com o Serviço Militar;

24) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 1 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (para os inspecionados julgados “Apto A”);

25) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 2 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (para os inspecionados julgados “Incapaz B-1”);

26) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 3 do parágrafo único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (para os inspecionados julgados “Incapaz B-2”);

27) parecer exarado de acordo com o previsto no nº 4 do § único do art. 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 (para os inspecionados julgados “Incapaz C”).

13.5 TRATAMENTO ou AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO DE EX-MILITARES

13.5.1 DEFINIÇÃO

É a inspeção que visa verificar se há necessidade de tratamento dos reservistas portadores de DSO que venham a requer tal amparo ou para a avaliação da evolução do tratamento de ex-militares encostados que tenham sido licenciados ou desincorporados com a garantia de continuidade do tratamento.

13.5.2 COMPETÊNCIA

São competentes para realizar esta inspeção, em primeira instância, o MPOM da OM que controla o tratamento, MPGu ou JISE, a critério do Cmt da RM enquadrante.

13.5.3 DIAGNÓSTICOS

a) o AMP deverá considerar somente o(s) diagnóstico(s) constante do DSO apresentado ou da Ata que motivou o licenciamento ou desincorporação, ou correlatos.

b) não sendo constatada nenhuma doença ou defeito físico ou mental será lançada no campo reservado ao(s) diagnóstico(s), a expressão “A00 - *Ausência de Anormalidades ao Exame Clinico*”.

c) sendo constatada alguma doença ou defeito físico, mesmo que não comprometa a capacidade laborativa do inspecionado, este deverá ser mencionado no campo “Diagnóstico”.

d) não deverão ser utilizados códigos alfa numéricos (CID), que não sejam capazes de esclarecer totalmente as limitações laborais do inspecionado, tais como: “M51.0 - Transtornos de discos lombares, M54.5 - Dor lombar baixa”, etc.

e) sendo constatada alguma doença ou defeito físico (diagnóstico) o AMP deverá complementar o(s) diagnóstico(s), com os esclarecimentos necessários ao seu inteiro entendimento (Ex: MID, MIE, articulação afetada, etc.).

f) para os portadores de Documento Sanitário de Origem (DSO), sempre que for constatado um ou mais diagnósticos o AMP deverá indicar se há ou não há relação de causa e efeito, no SIPMED, clicando no ícone ao lado do diagnóstico.

13.5.4 PARECERES

Para esta finalidade, aplicam-se os seguintes pareceres, os quais se encontram disponíveis no SIPMED.

a) “Necessita manter o tratamento por ___ dias” (no máximo 90, mesmo quando realizada por MPOM). Aplica-se ao inspecionado que ainda não restabeleceu a saúde (sempre considerando o diagnóstico existente por ocasião do licenciamento ou desincorporação);

b) “Curado, não necessita mais de tratamento”. Aplica-se ao inspecionado que tendo restabelecido a saúde, recebeu alta do tratamento (sempre considerando o diagnóstico existente por ocasião do licenciamento ou desincorporação).

c) “Avaliação prejudicada. Não compareceu à inspeção após sucessivas convocações” (aplica-se ao recuperando que não comparecer à inspeção).

d) “Necessita realizar o tratamento solicitado” (aplica-se ao inspecionado portador de DSO que requeira amparo do Estado e quando houver relação de causa e efeito).

13.5.4.1 Para os portadores de Documento Sanitário de Origem (DSO), sempre que for constatado um ou mais diagnósticos o AMP deverá realizar o controle do DSO, emitindo o parecer quanto a relação de causa e efeito. No SIPMED, deverá clicar no ícone “com DSO” e selecionar um dos pareceres disponíveis, conforme o caso.

1) “Há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e o estado mórbido atual, expresso pelo(s) seguinte(s) diagnóstico(s)”. Quando o DSO se referir a acidente em serviço - inciso III do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980;

2) “Há relação de causa e efeito entre as condições inerentes ao serviço e o estado mórbido atual, expresso pelo(s) seguinte(s) diagnóstico(s)”. Quando se referir a doença profissional ou decorrente de ato de serviço - incisos I, II ou IV do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980;

3) “Não há relação de causa e entre o acidente sofrido e o estado mórbido atual. Quando o DSO se referir a acidente em serviço - inciso III do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980;

4) “Não há relação de causa e efeito entre as condições inerentes ao serviço e o estado mórbido atual. Quando o DSO se referir a doença profissional alegadamente decorrente de ato de serviço - incisos I, II e IV do art. 108 da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980;

5) Não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e o estado mórbido atual. Há vestígios anatômicos e/ou funcionais do acidente sofrido;

6) Não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e o estado mórbido atual. Não há vestígios anatômicos e/ou funcionais do acidente sofrido.

13.5.5 OBSERVAÇÕES

No campo observações, o AMP deverá registrar os procedimentos realizados durante o tratamento, bem como, outras informações julgadas esclarecedoras.

13.6 INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA REABILITAÇÃO DE INCAPAZ

13.6.1 DEFINIÇÃO

É a Inspeção de Saúde realizada em cidadãos que, à época de sua seleção para o serviço militar foi considerado “Incapaz C” e que, em consequência de tratamento e do progresso da ciência, se julguem, comprovadamente, recuperados (art. 110 do Decreto nº 57.654, de 20 JAN 1966 - RLSM).

13.6.1.2 COMPETÊNCIA

São competentes para realizar esta inspeção, em primeira instância, os MPGu ou JISE.

13.6.1.3 DIAGNÓSTICOS

a. não sendo constatada nenhuma doença ou defeito físico será lançada no campo reservado ao(s) diagnóstico(s), a expressão “A00 - *Ausência de Anormalidades ao Exame Clínico*”.

b. sendo constatada alguma doença ou defeito físico mesmo que não comprometa a capacidade laborativa do inspecionado, este deverá ser mencionado no campo “Diagnóstico. Quando se tratar de cópia de LMP ou Ata para instruir processo, o diagnóstico será registrado por código alfa numérico e por extenso.

c. não deverão ser utilizados códigos alfa numéricos (CID), que não sejam capazes de esclarecer totalmente as limitações laborais do inspecionado, tais como: “M51.0 - Transtornos de discos lombares e M54.5 - Dor lombar baixa” etc.

d. sendo constatada alguma doença ou defeito físico, o AMP deverá complementar o(s) diagnóstico(s), com os esclarecimento necessário ao seu inteiro entendimento (Ex: MID, MIE, articulação afetada etc.), bem como, com a expressão “Compatível(eis) com o Serviço Militar” quando o inspecionado for julgado “Apto A”.

13.6.1.4 PARECERES

a) “Apto A”;
b) “Incapaz B-1”;
c) “Incapaz B-2”; e
d) “Incapaz C”.

13.6.1.5 DISPOSIÇÕES GERAIS

a) o serviço militar, além do inicial, abrange outras formas e fases, consequentes de convocações posteriores, de aceitação de voluntários e de prorrogação de tempo de serviço, quer em tempo de paz quer na mobilização (art. 117 do Dec 57.654, de 20 JAN 1966 - RLSM).

b) os pareceres e suas respectivas observações, que serão aplicados pelos AMP, nas inspeções de militares regidos pelo RLSM, visam orientar quanto à situação administrativa de inspecionados que apresentem problemas sanitários.

c) os pareceres a serem exarados pelos AMP não visam subtrair o direito lídimo dos que fazem jus ao amparo do Estado previsto na lei, mas, sim, evitar a concessão de

benefícios indevidos por falhas administrativas, as quais, passado o prazo legal, não mais poderão ser revertidas, produzindo efeitos definitivos e deletérios ao sistema de saúde e à previdência militar.

d) os pareceres previstos neste Volume aplicam-se a todos os militares temporários (Oficiais, Sargentos, Cabos, Soldados ou alunos de OFOR).

e) os pareceres sobre o estado de saúde, exarados por outros médicos, mesmo militares, serão sempre submetidos à homologação do médico da OM (§ 4º do art. 418 do RISG).

f) o repouso em residência, as dispensas de esforço físico, serviço de escala, do uso de peça de uniforme etc., serão realizadas pelo médico atendente (Med Atd), no SIRMED.

g) o repouso na residência não poderá ser superior a oito dias, conforme previsto no § 1º do art. 269 do RISG. Após esse período, e havendo a necessidade prorrogação, o militar deverá ser encaminhado ao MPOM ou MPGu, conforme o caso.

h) tratando-se de dispensas de Esforço Físico ou Serviço de Escala, poderá ser concedidas pelo prazo de oito dias. Ultrapassado esse prazo, deverá ser encaminhado ao MPOM ou MPGu, conforme o caso.

i) o parecer “APTO PARA O SERVIÇO DO EXÉRCITO, COM RECOMENDAÇÕES” não deve ser aplicado pelos AMP, para os militares temporários, sejam Oficiais, Sargentos, Cabos, Soldados ou alunos (curso de formação de militares temporários), conforme preconiza os artigos 52 e 117 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (Decreto n° 57.654, de 20 de janeiro de 1966), uma vez que sendo constatada alguma doença ou defeito físico em militar temporário, este deve dedicar-se inteiramente ao seu tratamento, a fim de recuperar sua plena capacidade e possibilitar seu engajamento, reengajamento ou prorrogação de tempo de serviço, conforme o caso, ou permitir o seu licenciamento com plena aptidão física.

j) todo militar julgado “Incapaz B-1” ao completar 01 (um) ano de afastamento, contínuo ou não, pela mesma patologia, deverá ser considerado “Incapaz B-2” pelo AMP, considerando o previsto no item 15.1 do Decreto nº 703, de 22 DEZ 1992 (alteração das Instruções Gerais para Inspeção de Saúde de Conscritos - IGISC).

13.7 DA APTIDÃO OU INAPTIDÃO PARA O EXERCÍCIO DE ATIVIDADES LABORATIVAS CIVIS

a) os integrantes do sistema pericial devem buscar esclarecer as condições presentes do inspecionado no tocante a sua aptidão para o desempenho de atividades laborativas civis, de forma clara.

b) há que se considerar que ao optar pela inaptidão temporária para atividades civis, o inspecionado não deverá ser licenciado ou desincorporado, e sim mantido em tratamento e adido à OM conforme prescreve o RISG, até que recupere a aptidão.

c) os peritos devem atentar para a profissão exercida antes da incorporação no serviço militar, ou, na inexistência deste dado, fazer juízo de valor sobre as atividades laborativas mais comuns do cotidiano, considerando se o inspecionado pode integrar processo seletivo em condições similares aos demais candidatos, observando que a grande maioria das profissões comuns não exigem vigor físico.

d) o aspecto aptidão e inaptidão para atividades laborativas civis é de fundamental importância para esclarecimento quando o ex-militar buscar a tutela jurisdicional.

e) a atuação do Serviço de Saúde na adesão ao tratamento e recuperação dos inaptos, e ainda a execução de um efetivo controle por parte das OM, são fatores essenciais para subsidiar a correta adoção das medidas administrativas.

13.8 DOCUMENTO SANITÁRIO DE ORIGEM

a) a citação sobre a existência ou não de Documento Sanitário de Origem (DSO) – Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem – relacionado à causa alegada pelo inspecionado, ou identificada pelos AMP, é essencial para a orientação de medidas administrativas.

b) os inspecionados que forem portadores de DSO devem apresentá-los ao AMP, que se pronunciará sobre sua existência e relação de causa e efeito, devendo, quando não houver DSO, citar esta condição na ata de inspeção de saúde (Observar o Volume X destas Normas).

13.9 DA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO APÓS DESINCORPORAÇÃO OU LICENCIAMENTO

A orientação para a manutenção do tratamento deve constar da ata de inspeção de saúde com base no artigo 149 do RLSM e no RISG, alterado pela Port 749-Cmt Ex, de 12 SET 12.

13.10.1 DOS PROCEDIMENTOS

a) o controle do tratamento (consultas, fisioterapia, cirurgia etc.) de ex-militares, desincorporados ou reintegrados, deve ser acompanhado com ações efetiva pelo comando da OM, tendo em vista que é interesse da administração militar que o encostado/reintegrado recupere sua higidez física/mental, de forma a poder ser desligado das fileiras do Exército.

b) a Guia de Acompanhamento Médico para Atividade Pericial (GAMAP - anexo “Z” destas Normas) é documento de preenchimento obrigatório e visa dar conhecimento, por escrito, ao encostado/reintegrado dos procedimentos (consultas, fisioterapias etc.) a serem realizados, bem como, comprovar junto ao judiciário que o tratamento foi disponibilizado, além de permitir o rigoroso controle da adesão ao tratamento por parte do ex-militar.

c) a Guia de Acompanhamento Médico para Atividade Pericial (GAMAP), após seu preenchimento e agendamento dos procedimentos a serem realizados, deve permanecer em posse da Seção de Saúde da Unidade ou de uma comissão nomeada para acompanhar tais demandas, que acompanhará o encostado aos eventos ali agendados.

d) o tratamento será executado, preferencialmente, nas OMS do Exército, da Marinha ou da Aeronáutica e na absoluta impossibilidade de realização do tratamento nestes órgãos o ex-militar poderá ser encaminhado a OCS/PSA;

e) o encerramento do tratamento ocorrerá:

1) a pedido (se o encostado/reintegrado assim deseja e declarar por escrito)

2) por alta hospitalar ou ambulatorial (por cura ou estabilização do quadro), declarada na GAMAP e/ou no prontuário do encostado/reintegrado; ou

3) abandono de tratamento (após três faltas aos procedimentos agendados, devidamente comprovados por instrumento que lhe assegure a ampla defesa e o contraditório).

f) tratando-se de reintegrado judicialmente, o encerramento do tratamento deverá ser imediatamente informado ao poder judiciário mediante o encaminhamento à Advocacia da União enquadrante, de cópia da Guia de Acompanhamento Médico para Atividade Pericial com o devido termo de encerramento.

g) as despesas decorrentes de tais atendimentos serão custeadas pelo SAMMED, através do fator custo.

VOLUME XIV

DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

14.1 ALIENAÇÃO MENTAL

14.1.1 CONCEITUAÇÃO

Considera-se alienação mental o estado mental consequente a uma doença psíquica em que ocorre uma deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitório ou permanente, de tal forma que o indivíduo acometido torna-se incapaz de gerir sua vida social. Assim, um indivíduo alienado mental é incapaz de responder legalmente por seus atos na vida social, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional, devendo ser obrigatoriamente interditado judicialmente. Em alguns casos, torna-se necessária a sua internação em hospitais especializados visando, com o tratamento, a sua proteção e a da sociedade.

14.1.2 A convivência social exige regras e regulamentos necessários para disciplinar as relações entre os indivíduos de uma sociedade. A ética, de um modo geral, padroniza o comportamento das pessoas inseridas num determinado contexto social. Considerar um indivíduo como alienado mental é decretar sua morte social, já que a interdição ou curatela é uma sentença de morte social. Se pensarmos que o que caracteriza o homem como ser social é sua inserção na sociedade na condição de participante de um pacto social, no qual os indivíduos se obrigam (por força de lei) ao respeito mútuo, à observância de direitos e deveres para com a sociedade, um alienado mental está excluído de tal definição de homem. É a força da lei que intima os indivíduos a uma postura de respeito aos seus pares na vida social. Aplicar a lei, quando diante de um ato ilícito, significa reconvocar o indivíduo infrator ao mundo dos homens; significa não permitir a "lei da selva", em que tudo pode; significa não permitir um retorno à animalidade. A aplicação da lei é uma exigência e uma necessidade que o homem se impõe se quer pensar-se homem. Aqui, trata-se da necessidade como conceito de lógica, isto é, aquilo que não pode ser de outra forma. O alienado mental, ou seja, o indivíduo destacado e estranho à sua própria mente, é também um indivíduo estranho e destacado da sociedade, isto é, deixa de fazer parte dela ao ser impedido de submeter-se aos desígnios da lei. Deixa de ser sujeito de suas ações para tornar-se objeto das ações de outros.

14.1.3 A definição de alguém como alienado mental exige uma enorme responsabilidade do médico-perito. Para além das benesses pecuniárias que o enquadramento possa acenar, deve, antes de tudo, o perito examinar e refletir sobre a sentença que estará aplicando: a exclusão de um indivíduo do mundo dos homens e sua alienação num mundo à parte.

14.1.4 Nunca é demais lembrar a possibilidade de se recorrer a uma simples procuração quando um indivíduo se encontra impossibilitado de gerir sua vida econômica (nas fases críticas de quadro psicótico, por exemplo). A curatela deve deixar-se exclusivamente para os casos em que não há possibilidade de recuperação da faculdade de juízo por parte do doente, ou a crise se mostra tão intensa que indica a necessidade de interdição.

14.1.5 Mesmo diante de quadros psicóticos graves (esquizofrenia, psicose bipolar, paranoia, por exemplo) ou quadros confusionais com grandes alterações da consciência (infecciosos, vasculares, tóxicos, degenerativos ou mistos), o perito deve examinar e avaliar com bastante rigor se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo

como alienado mental. O simples diagnóstico de tais quadros não é indicativo de enquadramento.

14.1.6 As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (N. Hungria) e identificar, no quadro clínico de alienação mental, os seguintes elementos:

a) transtorno intelectual: atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;

b) falta de autoconsciência: o indivíduo ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;

c) inadaptabilidade: o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do indivíduo em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade; e

d) ausência de utilidade: a perda da adaptabilidade redunda em prejuízo para o indivíduo e para a sociedade (Beca Soto).

14.1.7 As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP poderão identificar alienação mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam satisfeitas todas as condições a seguir discriminadas:

a) seja enfermidade mental ou neuromental;

b) seja grave persistente;

c) seja refratária aos meios habituais de tratamento;

d) provoque alteração completa ou considerável da personalidade;

e) comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;

f) torne o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho; e

g) haja um nexo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do indivíduo.

14.1.8 São considerados meios habituais de tratamento:

a) psicoterapia;

b) psicofarmacoterapia; e

c) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulinoterapia, entre outros).

14.1.9 Não é considerado meio de tratamento a utilização de psicofármacos em fase de experiência laboratorial.

14.1.10 Quadros clínicos que cursam com a alienação mental.

14.1.10.1 São necessariamente casos de alienação mental, satisfeitas as condições discriminadas nas alíneas “d”, “e” e “f” do subitem 14.1.1.7 destas Normas:

a) demência;

b) esquizofrenia;

c) transtorno delirante persistente; e

d) retardo mental profundo ou grave.

14.1.10.2 São excepcionalmente considerados casos de alienação:

a) transtorno de personalidade e do comportamento devido à doença, lesão ou disfunção cerebral e que satisfizer as três condições a seguir citadas: seja grave, cronificado e resistente ao tratamento;

b) retardo mental moderado e que satisfizer as três condições a seguir citadas: atraso acentuado no desenvolvimento na infância, mínimo grau de independência quanto aos cuidados pessoais e mínimo grau de comunicação social e habilidade acadêmica;

c) transtorno afetivo bipolar grave com sintomas psicóticos ou transtorno depressivo recorrente grave com sintomas psicóticos e que satisfizerem as duas condições a seguir citadas: sejam cronificados e resistentes ao tratamento;

d) transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa e que satisfizerem as três condições a seguir citadas: presença de sintomas psicóticos, comprometimento grave e irreversível de personalidade e refratariedade ao tratamento;

e) casos graves de epilepsia e que satisfizerem a uma das condições a seguir citadas: predominância de sintomas de demenciação, resistência terapêutica ou elevada frequência de surtos psicóticos;

f) autismo infantil ou atípico; e

g) Síndrome de Rett.

14.1.11 Não são casos de alienação mental:

a) Síndrome amnésica orgânica;

b) transtornos esquizotípico, esquizoafetivo ou psicótico agudo e transitório;

c) transtornos afetivos, exceto os que satisfizerem as condições apresentadas no subitem 14.1.2.2;

d) Delirium;

e) transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, exceto os que satisfizerem as condições apresentadas no subitem 14.1.2.2 destas Normas;

f) transtornos fóbico, ansioso, obsessivo-compulsivo, dissociativo, somatoforme, relacionado ao estresse ou de adaptação;

g) síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;

h) transtornos da personalidade e do comportamento do adulto, exceto os devidos a doença, a lesão ou a disfunção cerebral e que satisfizerem as condições apresentadas no subitem destas Normas 14.1.2.2;

i) transtornos dos hábitos e dos impulsos, de preferência sexual ou associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação;

j) retardo mental leve;

k) transtornos do desenvolvimento psicológico, exceto autismo e Síndrome de Rett; e

l) transtornos hipercinéticos ou de conduta.

14.1.12 Os casos excepcionalmente graves e persistentes de estados psicopatológicos, citados nas letras “a”, “b” e “c” do item 14.1.2.3. destas Normas podem, entretanto, causar invalidez.

14.1.13 Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Alienação Mental

14.1.13.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionando, deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos de alienação mental os seguintes dados:

a) diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), edição aprovada para uso nas Forças Armadas;

b) estado da condição que confere a alienação mental nos casos discriminados no subitem 14.1.2.2; e

c) expressão "alienação mental" entre parênteses.

14.1.13.2 Se os laudos concluírem por alienação mental, deverão ser firmados em diagnósticos que não se confundam com os quadros de reações psíquicas isoladas, intercorrências psicorreativas e distúrbios orgânicos subjacentes, dos quais sejam simples epifenômenos.

14.1.13.3 Para os casos discriminados no subitem 14.1.2.2, a simples menção do grau ou intensidade da enfermidade não esclarece a condição de "alienação mental" se não estiver mencionado o estado da condição que confere a alienação mental.

14.1.13.4 Não poderão ser emitidos laudos de alienação mental com base em diagnóstico de enfermidade psiquiátrica aguda.

14.1.13.5 A alienação mental é condição que determina a invalidez.

14.1.13.6 As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, ao concluírem seus laudos com um diagnóstico subordinado ao conceito de alienação mental, deverão encaminhar o inspecionando ao órgão competente de sua Força Singular para condução da medida legal conveniente ao caso: medida de segurança, interdição, administração provisória e outros casos, na forma prevista em Lei.

14.1.13.7 A medida legal superveniente à conclusão das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP complementará, indispensavelmente, o processo administrativo de reforma (ou aposentadoria) do inspecionando portador de alienação mental.

14.1.14 PERÍCIA PSIQUIÁTRICA E SIMULAÇÃO

14.1.14.1 A simulação existe em todas as áreas periciais. A Psiquiatria também tem grandes problemas com este tipo de conduta. Na área previdenciária, os simuladores, na quase totalidade, o são na área psiquiátrica. Há que se ter, por parte do perito, muito conhecimento, zelo e cuidado, pois o número de pessoas que vem procurar o ganho secundário forjando ou exagerando doenças é imenso. Esta situação que se repete e se amplia a cada dia, é um fantasma assustador na atividade do AMP.

14.1.14.2 Temos de ter muito cuidado para não confundir simulação com doenças que se arrastam e tem substrato e agravamento pelo desequilíbrio psíquico por estresse grave, depressão reativa, ansiedade severa. São algumas dessas doenças: neurastenia; transtorno doloroso persistente; fibromialgia; síndrome da fadiga crônica; transtornos conversivos e somatoformes, que tem motivação inconsciente por parte do periciado.

14.1.14.3 As simulações podem ser definidas como:

a. Simulação pura – ato de falsificar doença ou incapacidade inexistente;

b. Simulação parcial – exagero consciente de sintomas que não existem; e

c. Simulação falsa imputação – é a atribuição de sintomas reais a uma causa conscientemente entendida e que não tem relação com os sintomas.

14.1.14.4 O simulador tem como objetivo o ganho secundário e/ou reforço/proteção ambiental, que seriam benesses trabalhistas e laborais fincadas em falsas doenças, restritivas ao trabalho habitual.

14.2 CARDIOPATIA GRAVE

14.2.1 CONCEITUAÇÃO

Cardiopatia grave não é um diagnóstico clínico. A sua classificação se baseia nos aspectos de gravidade das cardiopatias, colocados em perspectiva com a capacidade de exercer as funções laborativas e suas relações como prognóstico de longo prazo e a sobrevivência do inspecionado.

14.2.1.1 São consideradas cardiopatias graves, as doenças cardiovasculares agudas ou crônicas que acarretam, de modo irreversível, em maior ou menor período de tempo, a perda da capacidade física e funcional do coração, ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, determinando incapacidade permanente para todo e qualquer trabalho ou o risco de morte prematura, não obstante o tratamento clínico ou cirúrgico adequado.

14.2.1.2 Deve-se ter em mente a afirmativa de Besser de que "É preciso não confundir gravidade de uma cardiopatia com Cardiopatia Grave, uma entidade médico pericial". Torna-se fundamental esta distinção, para que se possa efetivamente considerar um inspecionado portador de Cardiopatia Grave, levando-se em conta o conceito dinâmico de "reversibilidade" da evolução das cardiopatias, que podem em função da terapêutica instituída deixar de configurar uma condição de Cardiopatia Grave.

14.2.1.3 Cabe ressaltar a influência benéfica dos avanços tecnológicos com o desenvolvimento de procedimentos intervencionistas diagnósticos e terapêuticos que alteram radicalmente a história natural da doença para melhor, modificando sua evolução e, consequentemente, a categoria de gravidade no momento da avaliação pericial. Esta deve ser pontual e baseada em evidências clínicas e em dados fornecidos por avaliações funcionais cardiológicas recentes.

14.2.1.4 Por outro lado, nunca se deve concluir, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas têm a condição médico-pericial de Cardiopatia Grave como erroneamente interpretado por muitos. **Considera-se um inspecionado como portador de Cardiopatia Grave, quando existir uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas**, existindo, implicitamente, uma expectativa de vida reduzida, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia, evitando-se as conclusões baseadas em impressões subjetivas ou alegações emanadas dos pacientes, sem o corroborativo complementar, tão sujeitas a erros ou interpretações enganosas.

14.2.1.5 São consideradas cardiopatias graves:

a) as cardiopatias agudas, rápidas em sua evolução para óbito ou que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração;

b) as cardiopatias crônicas, quando limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado;

c) as cardiopatias agudas ou crônicas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico (por exemplo: dobutamina, dopamina) ou mecânico (por exemplo: balão intra-aórtico, Biopump); e

d) a cardiopatia terminal: cardiopatia grave em que a expectativa de vida encontra-se extremamente reduzida, geralmente não responsiva à terapia farmacológica máxima ou a suporte hemodinâmico externo. Devido à severidade do quadro clínico ou à existência de comorbidades associadas, os portadores desta forma de cardiopatia não são candidatos à cirurgia para correção do distúrbio de base ou a transplante cardíaco.

14.2.1.6 A limitação da capacidade física e funcional é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

a) insuficiência cardíaca;

b) insuficiência coronariana;

c) arritmias complexas;

d) hipoxemia; e

e) manifestações de baixo débito cerebral, secundárias à cardiopatia.

14.2.1.7 A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos indivíduos em classes ou graus assim descritos, de acordo com a Classificação da New York Heart Association (NYHA):

a) Classe/Grau I: indivíduos portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispneias, nem angina de peito;

b) Classe/Grau II: indivíduos portadores de doença cardíaca com leve limitação da atividade física. Estes indivíduos sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito;

c) Classe/Grau III: indivíduos portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes indivíduos sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito quando efetuam pequenos esforços; e

d) Classe/Grau IV: indivíduos portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Estes indivíduos, mesmo em repouso, apresentam dispneia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

14.2.1.7.1 Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, são, entre outros:

a) historia clínica, com dados evolutivos da doença;
b) exame clínico;
c) eletrocardiograma, em repouso;
d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);
e) teste ergométrico;
f) ecocardiograma, em repouso;
g) ergoespirometria (vo2 pico<14ml/kg/min);
h) teste de caminhada de 6 minutos;
i) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
j) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
k) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
l) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
m) cinecoronarioventriculografia;
n) angiotomografia computadorizada;
o) tomografia coronariana computadorizada;
p) angio-ressonância magnética; e
q) ressonância magnética cardíaca.

14.2.1.7.2 Nos indivíduos portadores de doenças cardíacas não identificáveis com os meios de diagnóstico, citados no item 14.2.2.3 destas Normas, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

14.2.1.8 Os achados patológicos isolados em exames complementares por si só, não são suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave, devendo, para tanto, ser realizada a análise do conjunto dos exames complementares pertinentes a cada tipo de cardiopatia e observada a correlação anátomo-funcional que caracteriza uma doença cardíaca incapacitante.

14.2.1.9 O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave estão relacionados para as seguintes patologias cardíacas:

a) cardiopatia isquêmica;
b) cardiopatia hipertensiva;
c) miocardiopatias;
d) arritmias cardíacas;
e) "cor pulmonale" crônico;
f) cardiopatias congênitas;
g) valvopatias;
h) pericardiopatias; e
i) aortopatias.

14.2.2 Afecções descritas como capazes de causar cardiopatia grave.

a) São descritas diversas afecções capazes de caracterizar cardiopatia grave, sendo, no entanto, necessário frisar a importância da observação do preconizado no item 14.2.1.7, devendo ser avaliados de forma criteriosa, a condição clínica do inspecionado, os exames complementares, os procedimentos terapêuticos instituídos, observando-se a correlação anátomofuncional e respeitando-se os prazos preconizados para reavaliação funcional. As manifestações clínicas relacionadas e as respectivas alterações dos exames complementares são indicativos de gravidade do ponto de vista clínico, servindo de subsídios para o enquadramento legal, não devendo ser consideradas individualmente.

b) Serão definidos os tópicos importantes a serem valorizados na definição de gravidade das diferentes cardiopatias.

c) As cardiopatias discriminadas abaixo podem manifestar-se de diversas formas clínicas e, de um modo geral, são avaliadas do ponto de vista pericial posteriormente aos eventos agudos, quando já foram instituídas medidas terapêuticas pertinentes.

14.2.2.1. Cardiopatia Isquêmica

14.2.2.1.1. Forma aguda (IAM ou Angina instável)

a) Síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de ST:

1) baixo débito cardíaco;

2) insuficiência cardíaca aguda;

3) arritmia ventricular maligna;

4) disfunção ventricular mecânica; e

5) os tópicos acima em paciente já revascularizado, sem condições de submeter-se à revascularização cirúrgica ou percutânea.

b) Síndromes coronarianas agudas com supradesnível de ST ou BRE novo:

1) choque cardiogênico (Killip IV);

2) insuficiência cardíaca aguda (Killip II ou III);

3) arritmia ventricular maligna;

4) complicação mecânica do IAM (ruptura de parede livre, CIV, disfunção de músculo papilar);

5) IAM anterior extenso (V1-V6, D1, AVL);

6) BAV II grau Mobitz II;

7) BAVT ou distúrbio de condução interventricular;

8) infarto perioperatório de cirurgia de revascularização do miocárdio; e

9) infarto agudo do miocárdio em indivíduo já com infarto prévio de grande extensão ou com insuficiência cardíaca já estabelecida.

c) Cabe ressaltar que, apesar de mencionadas as formas agudas das Cardiopatias Isquêmicas, a avaliação pericial dar-se-á posteriormente às medidas terapêuticas instituídas, a fim de viabilizar o enquadramento em Cardiopatia Grave, de acordo com os critérios definidos nesta Portaria, exceto nos casos em que haja rápida evolução para óbito.

14.2.2.1.2. Forma crônica (Angina estável)

a) Quadro clínico:

1) angina classes III e IV da CCS (Canadian Cardiovascular Society), a despeito da otimização da terapêutica;

2) clínica de insuficiência cardíaca associada à isquemia aguda nas formas crônicas, a presença de disfunção ventricular progressiva; e

3) arritmias graves associadas a quadro anginoso, em especial as ventriculares (salvas de extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada), (associar dados do ECG e Holter).

b) Eletrocardiograma (repouso):

1) zona elétrica inativa (localização e magnitude);

2) alterações isquêmicas de ST-T (segmento ST permanentemente elevado configurando possível aneurisma ventricular);

3) alterações permanentes e significativas da repolarização ventricular;

4) distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular (QRS >120ms);

5) hipertrofia ventricular esquerda;

6) fibrilação atrial crônica; e

7) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

c) radiografia do tórax:

1) cardiomegalia (com índice cardiotorácico superior a 0,5);

2) congestão venocapilar pulmonar; e

3) derrame pleural bilateral ou unilateral importante.

d) Teste ergométrico:

1) limitação da capacidade funcional (<5 MET);

2) angina em carga baixa (<5MET);

3) infradesnível do segmento ST;

(a) precoce (carga baixa);

(b) acentuado (>3mm);

(c) morfologia horizontal ou descendente;

(d) múltiplas derivações; e

(e) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação).

4) supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;

5) comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PAD > 30mmHg);

6) insuficiência cronotrópica (elevação insuficiente da frequência cardíaca, descartado o uso de drogas que possam afetar o cronotropismo, p. ex: betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio e amiodarona);

7) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; e

8) arritmias ventriculares complexas, durante ou pós-esforço;

e) Cintilografia miocárdica associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio):

1) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);

2) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;

3) hipercaptação pulmonar;

4) fração de ejeção (FE) em repouso ou esforço 0,40 (valor específico para o método);

5) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%); e

6) motilidade parietal regional ou global anormal.

f) Cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos - interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico;

g) Ecocardiograma (em repouso):

1) fração de ejeção 0,40 (valor específico para o método de Simpson);

2) alterações segmentares significativas ou de vários segmentos que alteram a contratilidade ventricular global;

3) anormalidades em dois segmentos da parede ventricular em repouso;

4) dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda; e

5) complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

h) Ecocardiograma de estresse (associado ao esforço ou aos procedimentos farmacológicos):

1) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no ecocardiograma em repouso;

2) anormalidades em dois segmentos da parede ventricular induzidas com doses baixas de dobutamina;

3) resposta inotrópica inadequada ao uso de drogas cardioestimulantes;

4) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; e

5) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE < 5%).

i) Eletrocardiografia dinâmica (Holter):

1) alterações isquêmicas dinâmicas (ST-T) associadas ou não à dor anginosa, com ou sem sintomas de disfunção ventricular esquerda;

2) isquemia miocárdica silenciosa;

3) arritmias ventriculares complexas, transitórias ou não;

4) fibrilação atrial ou flutter associados à isquemia; e

5) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia (bloqueios de ramo induzidos pelo esforço físico).

j) Cinecoronarioventriculografia:

1) lesão de tronco de coronária esquerda 50%;

2) lesões em três vasos, moderadas a importantes (70% em terço proximal ou médio) e, "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;

3) lesões em um ou dois vasos maiores que 70%, com grande massa miocárdica em risco;

4) lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea;

5) fração de ejeção < 0,40;

6) hipertrofia e dilatação ventricular esquerda;

7) áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia;

8) aneurisma de ventrículo esquerdo; e

9) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

k) Fatores de risco e condições associadas:

1) idade 70 anos;

2) hipertensão arterial sistêmica;

3) diabetes mellitus;

4) hipercolesterolemia familiar; e

5) vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, tais como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

l) Pós-infarto do miocárdio:

1) cintilografia com Tálio / PET com FDG / RNM para pesquisa de viabilidade e demarcação de necrose (a extensão de necrose é marca de gravidade);

2) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);

3) isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);

4) arritmias ventriculares complexas;

5) idade avançada (70 anos); e

6) comorbidades associadas, (diabetes mellitus, DPOC severa, neoplasias malignas, doença arterial periférica comprometendo vários leitos arteriais).

Quando o tratamento adequado, seja clínico, intervencionista ou cirúrgico, melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado. O critério para enquadramento em Cardiopatia Grave, nos casos das cardiopatias isquêmicas está presente quando, a despeito dos tratamentos anteriormente descritos, persiste a isquemia miocárdica limitante detectável por método de avaliação físico funcional, quando sobrevém insuficiência ventricular esquerda caracterizada por fração de ejeção com valores inferiores a 40% pelo método de Simpson, ou ainda quando houver detecção de arritmias malignas.

14.2.2.2 Cardiopatia Hipertensiva

A definição de cardiopatia grave na doença hipertensiva não depende exclusivamente dos níveis tensionais, mas da concomitância de lesões em órgãos-alvo: rins, coração, cérebro, retina e artérias periféricas. Em alguns casos, um ou mais órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada. O comprometimento do coração na hipertensão arterial é que identifica a cardiopatia hipertensiva. A gravidade clínica é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG (com alterações da repolarização ventricular) ou ecocardiograma (com massa ventricular esquerda acima de 163 g/m em homens e 121 g/m em mulheres), que não regride com o tratamento;

b) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção < 0,40;

c) arritmias supraventriculares e ventriculares complexas relacionadas à hipertensão arterial; e

d) cardiopatia isquêmica grave associada.

14.2.2.2.1. A Cardiopatia Hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos-alvo, como discriminado a seguir:

a) cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;

b) rins: caracterizado por creatinina >3mg/dl ou clearence de creatinina <30 ml/min, presença de albuminúria e/ou sinais de insuficiência renal crônica (redução do tamanho dos rins, disfunção plaquetária, anemia crônica, distúrbio do equilíbrio ácido-básico, hiperazotemia);

c) artérias periféricas: aneurisma ou dissecção da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida >70%, assintomática e >50%, com sintomas; e

d) retina: hemorragias, exudato e papiledema, especialmente quando não regridem com tratamento adequado.

14.2.2.3 Miocardiopatias

14.2.2.3.1 Miocardiopatias Hipertróficas - A gravidade é caracterizada pela presença de um ou mais fatores abaixo:

a) individuo sintomático, especialmente com história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;

b) diagnóstico na infância (baixa idade);

c) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T;

d) cardiomegalia;

e) disfunção ventricular esquerda sistólica (com FE < 0,40);

f) fibrilação atrial;

g) síndrome de Wolff-Parkinson-White associada;

h) arritmias ventriculares complexas;

i) regurgitação mitral importante;

j) doença arterial coronariana grave associada;

k) forma obstrutiva com gradiente de via de saída 50 mmHg; e

l) perfil citogenético de alto risco.

14.2.2.3.2 Miocardiopatias Dilatadas (primárias ou secundárias) Caracterizada pela presença de um ou mais fatores abaixo:

a) história de fenômenos tromboembólicos sistêmicos;

b) cardiomegalia importante;

c) ritmo de galope (B3);

d) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);

e) fração de ejeção ≤ 0,40;

f) fibrilação atrial;
g) arritmias ventriculares complexas;
h) distúrbios da condução intraventricular, com complexos QRS > 120 ms; e
i) presença de assincronia ventricular demonstrada por ecocardiograma com Doppler tissular.

14.2.2.3.3 Miocardiopatias Restritivas (endomiocardiofibrose, fibroelastose, miocardiopatias infiltrativas-amiloidose) - A gravidade é caracterizada pela presença de um ou mais fatores abaixo:
a) história de fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia acentuada;
c) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);
d) envolvimento do ventrículo direito;
e) fibrose miocárdica acentuada; e
f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

14.2.2.3.4 Cardiopatia Chagásica Crônica - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:
a) história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia acentuada;
c) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);
d) fibrilação atrial;
e) arritmias ventriculares complexas;
f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático; e
g) bloqueio atrioventricular total.

14.2.2.4 Arritmias Cardíacas
As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento medicamentoso ou à ablação por radiofrequência nos casos indicados, ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como Cardiopatia Grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

14.2.2.4.1 Constituem características de maior gravidade:
a) disfunção do nó sinusal, sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia;
b) bradiarritmias:
1) bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo Mobitz II;
2) bloqueio atrioventricular total (BAVT):
(a) sintomático;
(b) com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;
(c) com cardiomegalia progressiva; e
(d) com insuficiência cardíaca;
3) fibrilação atrial com baixa resposta ventricular; e
4) bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), de alto grau.
c) taquiarritmias:
1) taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia; e
2) taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo.
d) síndrome de preexcitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos; e

e) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou anti-taquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia de base.

14.2.2.5 "Cor Pulmonale Crônico"

14.2.2.5.1 Constituem características de maior gravidade:

a) Quadro clínico:
1) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);
2) insuficiência cardíaca direita;
3) angina de peito classe III a IV da NYHA;
4) crises sincopais;
5) hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;
6) galope ventricular direito (B3); e
7) gasometria arterial com $PO_2 < 60$ mm Hg; $PCO_2 > 50$ mm Hg.

b) Eletrocardiograma:
1) sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

c) Ecocardiograma:
1) hipertrofia ventricular direita, com disfunção diastólica e/ou sistólica;
2) grande dilatação do átrio direito;
3) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada com base nas pressões do VD e AD, 60 mmHg;
4) insuficiência tricúspide importante; e
5) inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

d) Estudos hemodinâmicos:
1) dilatação do tronco da artéria pulmonar;
2) dilatação do ventrículo direito;
3) dilatação do átrio direito;
4) pressão na artéria pulmonar 60 mmHg;
5) pressão no átrio direito 15 mmHg;
6) insuficiência pulmonar; e
7) insuficiência tricúspide.

14.2.2.6 Cardiopatias Congênitas

14.2.2.6.1 São consideradas graves as que apresentam:

a) Do ponto de vista clínico:
1) crises hipoxêmicas;
2) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);
3) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; e
4) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

b) Do ponto de vista anatômico:
1) doença arterial pulmonar;
2) necrose miocárdica, por doença coronariana ou origem anômala das artérias coronárias;
3) drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
4) hipotrofia ventricular direita;
5) agenesias valvares (pulmonar e aórtica);
6) hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;
7) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
8) estenose mitral;
9) transposição das grandes artérias com hiperresistência pulmonar ou ausência de comunicações;
10) ventrículos únicos com atresias valvares;
11) ectopias cardíacas com alterações múltiplas; e

12) cardiopatias complexas.

c) Do ponto de vista anatomofuncional:

1) sobrecargas diastólicas ventriculares associadas à hipocontratilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas;

2) sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardiosclerose e manifestações clínicas;

3) cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas; e

4) nas formas crônicas com defeitos corrigidos, a presença de ICE, ICD ou ICC e seus achados clínicos (enteropatia perdedora de proteínas, ascite refratária, cirrose cardíaca).

14.2.2.7 Valvopatias

14.2.2.7.1 Insuficiência Mitral

14.2.2.7.1.1 Caracterizada por:

a) Quadro clínico:

1) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);

2) frêmito sistólico palpável na região da ponta;

3) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética, no foco mitral;

4) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade maior que 3+/6+ , com irradiação em faixa ou círculo;

5) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;

6) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar; e

7) insuficiência mitral aguda associada ou não a processo isquêmico.

b) Eletrocardiograma:

1) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas, com alterações da repolarização ventricular; e

2) fibrilação atrial.

c) Radiografia do tórax:

1) aumento acentuado da área cardíaca, com predominância das cavidades esquerdas;

2) sinais de congestão venocapilar pulmonar; e

3) sinais de hipertensão pulmonar.

d) Ecocardiograma:

1) presença de jato regurgitante, de grande magnitude;

2) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;

3) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;

4) inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar; e

5) sinais de hipertensão pulmonar.

e) Hemodinâmica e angiografia:

1) onda v com valor 3 (três) vezes maior, em relação à média do capilar pulmonar;

2) opacificação do átrio esquerdo igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers; e

3) fração de regurgitação maior que 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

14.2.2.7.2 Estenose mitral

14.2.2.7.2.1 Caracterizada por:

a) Quadro clínico:

1) história de comissurotomia mitral prévia;

2) fenômenos tromboembólicos;

3) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);

4) episódios de edema pulmonar agudo;

5) escarros hemópticos;
6) fibrilação atrial;
7) estalido precoce de abertura da valva mitral;
8) impulsão sistólica do ventrículo direito;
9) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar; e
10) sinais de insuficiência tricúspide;
b) Eletrocardiograma:
1) fibrilação atrial; e
2) sinais de sobrecarga de câmaras direitas.
c) Radiografia do tórax:
1) inversão do padrão vascular pulmonar;
2) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar; e
3) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.
d) Ecocardiograma:
1) área valvar < 1,0 cm^2;
2) tempo de 1/2 pressão > 200 ms;
3) gradiente transvalvar mitral médio > 15 mm Hg;
4) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mm Hg); e
5) presença de trombo, no átrio esquerdo.
e) Hemodinâmica:
1) área valvar < 1,0 cm^2;
2) gradiente diastólico mitral médio > 15 mm Hg;
3) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mm Hg; e
4) pressão sistólica de artéria pulmonar > 50 mm Hg.

14.2.2.7.3 Insuficiência Aórtica

14.2.2.7.3.1 Caracterizada por:
a) Quadro clínico:
1) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);
2) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
3) síndrome de Marfan associada;
4) presença de galope ventricular (B3);
5) sopro de Austin-Flint na ponta;
6) íctus hipercinético, deslocado externamente;
7) pressão diastólica próxima a zero;
8) queda progressiva da pressão arterial sistólica; e
9) presença de aneurisma do seio de Valsalva.
b) Eletrocardiograma:
1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;
2) sinais de sobrecarga atrial esquerda; e
3) fibrilação atrial.
c) Radiografia do tórax:
1) aumento importante da área cardíaca, com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota");
2) dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente; e
3) dilatação do átrio esquerdo.
d) Ecocardiograma:
1) jato regurgitante Ao/VE largo e extenso;
2) fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;
3) abertura valvar mitral, ocasionada somente pela sístole atrial;

4) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; e
5) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço, abaixo de 40%.
e) Cintilografia miocárdica: comportamento anormal da fração de ejeção, abaixo de 40%;
f) Hemodinâmica e angiografia:
1) baixa pressão diastólica da aorta, tendendo a equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;
2) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (> 20 mm Hg);
3) opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (graus III e IV de Sellers); e
4) fração de regurgitação > 60%.

14.2.2.7.4 Estenose Aórtica

14.2.2.7.4.1 Caracterizada por:
a) Quadro clínico:
1) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
2) angina de peito;
3) presença de terceira bulha (B3);
4) insuficiência cardíaca;
5) pressão arterial diferencial reduzida;
6) pico tardio de intensidade máxima do sopro;
7) desdobramento paradoxal da segunda bulha; e
8) fibrilação atrial.
b) Eletrocardiograma:
1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;
2) sobrecarga atrial esquerda;
3) fibrilação atrial;
4) arritmias ventriculares complexas; e
5) bloqueio atrioventricular total.
c) Ecocardiograma:
1) área valvar < 0,75 cm^2;
2) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica > 50 mm Hg;
3) gradiente máximo > 70 mm Hg; e
4) sinais de hipocinesia ventricular esquerda.
d) Hemodinâmica:
1) área valvar < 0,75 cm^2;
2) hipocinesia ventricular esquerda; e
3) coronariopatia associada.

Casos submetidos a tratamento cirúrgico: visto que a implantação de uma prótese valvar mantém certo grau de obstrução, embora com gradiente menor, há a manutenção da condição fisiopatológica. Nesses casos o enquadramento em Cardiopatia Grave dependerá do grau de comprometimento clínico-funcional do inspecionado.

14.2.2.7.5 Prolapso Valvar Mitral

14.2.2.7.5.1 Caracterizado por:
a) história familiar de morte súbita;
b) história de síncope;
c) fenômenos tromboembólicos;
d) síndrome de Marfan associada;
e) arritmias ventriculares complexas;
f) fibrilação atrial;

g) disfunção ventricular esquerda;
h) regurgitação mitral importante;
i) prolapso valvar tricúspide associado;
j) cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); e
k) rotura de cordoalhas tendíneas.

14.2.2.7.6 Portadores de Prótese Cardíaca

14.2.2.7.6.1 Nas seguintes situações:
1) presença de hemólise com necessidade de hemoterapia;
2) sinais de disfunção protética aguda ou crônica;
3) história de endocardite pregressa ou atual; e
4) presença de gradiente não funcional, acarretando disfunção/dilatação ventricular.

14.2.2.8 Pericardites

a) Podem ser consideradas graves nas situações de extrema restrição do enchimento ventricular por inflamação crônica. As restrições pericárdicas devem-se às pericardites por tuberculose e por radiação.

b) A gravidade é determinada por achados clínicos associados ao quadro de restrição ventricular, tais como:
1) congestão circulatória periférica;
2) pulso paradoxal;
3) turgência jugular;
4) refluxo hepato-jugular; e
5) hepatomegalia.

14.2.2.9 Doenças da Aorta

As doenças da aorta, principalmente em sua porção torácica, são patologias com morbi-mortalidade elevada e tanto o tratamento clínico quanto o cirúrgico ainda estão associados a elevadas taxas de mortalidade.

14.2.2.9.1 Aneurisma de aorta torácica

14.2.2.9.1.1 A gravidade é dada por:

1) diâmetro >5,5cm na porção ascendente da aorta;

2) diâmetro >6cm na porção descendente da aorta;

3) com qualquer diâmetro associado a sintomas de compressão de estruturas vizinhas (dor, rouquidão, dispnéia);

4) diâmetro >5cm nos portadores de síndrome de Marfan ou válvula aórtica bicúspide;

5) diâmetro >4cm nos portadores de válvula aórtica bicúspide, que necessitem de correção cirúrgica da valvopatia; e

6) aneurismas de aorta de rápida progressão, história familiar de dissecção ou estados hipermetabólicos (gestação).

14.2.2.9.2 Dissecção da aorta

14.2.2.9.2.1 Caracterizada por:

1) dissecção aguda de aorta (menos de quinze dias entre os sintomas e o diagnóstico) envolvendo porção ascendente (Tipo A -Stanford), com ou sem envolvimento da válvula aórtica;

2) dissecção aguda de aorta (Tipo B - Stanford), associada a comprometimento de órgão alvo, ruptura ou iminência de ruptura (formação sacular), extensão retrógrada e nos portadores de síndrome de Marfan; e

3) dissecção não aguda da aorta associada com envolvimento de órgão alvo, sintomas recorrentes, progressão retrógrada ou anterógrada da lesão intimal já pré-estabelecida.

14.2.2.9.3 Hematoma de aorta

Os hematomas intramurais da aorta apresentam prognóstico semelhante aos da dissecção clássica de aorta e aqueles localizados na porção proximal da aorta são de pior prognóstico.

14.2.2.10 Tumores Cardíacos

14.2.2.10.1 Tumores Malignos

Deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento de neoplasia maligna.

14.2.2.10.2 Tumores Benignos

As tumorações benignas que ocasionarem alterações funcionais irreversíveis e os casos em que do tratamento cirúrgico decorrer comprometimento funcional do coração nas formas e gravidade anteriormente descritas, deverão ser enquadrados como Cardiopatia Grave.

14.2.3 Normas de Procedimento dos AMP.

14.2.3.1 Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação de capacidade funcional descrita no item 14.2.1.7, observando-se o subitem 14.2.1.7.1, destas Normas, esgotados todos os recursos terapêuticos da medicina especializada, serão considerados como portadores de cardiopatia grave pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP.

14.2.3.2 Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus I e II da avaliação de capacidade funcional descrita no item 14.2.1.7, observando-se o subitem 14.2.1.7.1, destas Normas, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, ou que a avaliação funcional através de exames diagnósticos não evidenciar padrões de incapacidade em exercer atividades da vida diária, somente serão considerados portadores de cardiopatia grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica apresentarem progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e exames complementares. Para tal conclusão, os AMP deverão analisar os exames funcionais disponíveis e, quando considerarem o enquadramento, justificá-lo a partir de quando a condição médico pericial Cardiopatia Grave se configurou.

14.2.3.3 A idade do indivíduo, sua atividade profissional e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões cardíacas, a que se refere o item 14.2.3.2 destas Normas.

14.2.3.4 Os portadores de hipertensão arterial secundária e/ou lesões cardíacas passíveis de correção cirúrgica que, de acordo com expressa avaliação por serviços de Cardiologia e Cirurgia Cardíaca, tenham relação risco-benefício favorável à execução do procedimento, não serão inicialmente considerados portadores de Cardiopatia Grave e serão reavaliados após a cirurgia, decorridos os prazos previstos pela medicina especializada.

14.2.3.5 Os laudos dos AMP deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológicos anatômicos e funcionais (reserva cardíaca) e a afirmação ou negação de cardiopatia grave para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

14.2.2.5.1 Quando não for possível firmar-se o diagnóstico etiológico, este deverá ser citado como sendo desconhecido.

14.2.2.6 Considera-se um indivíduo como portador de Cardiopatia Grave, quando existir uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas ou de suas atividades rotineiras, existindo implicitamente, uma expectativa de vida diminuída, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia, tendo sido esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

14.3 CEGUEIRA

14.3.1 CONCEITUAÇÃO

14.3.1.1 Cegueira ou amaurose é um estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual a zero, sem percepção luminosa, após esgotados os recursos de correção óptica.

14.3.1.2 São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

a) os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas Normas, não susceptíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico; e

b) os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

14.3.2 Graus de perda parcial da visão.

a) **Grau I:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;

b) **Grau II:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/200 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/400 Snellen;

c) **Grau III:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen; e

d) **Grau IV:** quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 1 (um) metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

14.3.2.1 Serão enquadrados nos Graus II, III e IV os indivíduos que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20º e 10º, entre 10º e 5º, e menor que 5º respectivamente.

14.3.3 Avaliação da acuidade visual - Escalas adotadas

14.3.3.1 Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP adotarão as escalas Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe.

14.3.3.2 O quadro a seguir demonstra a equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

SNELLEN	DECIMAL	Percentual de visão
20/20	1,0	100%

20/22	0,9	98%
20/25	0,8	95,5%
20/29	0,7	92,5%
20/33	0,6	88,5%
20/40	0,5	84,5%
20/50	0,4	76,5%
20/67	0,3	67,5%
20/100	0,2	49,0%
20/200	0,1	20,0%
20/400	0,05	10,0%

14.3.4 Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Cegueira

14.3.4.1 Os AMP concluirão pela incapacidade definitiva e invalidez, por cegueira, dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

14.3.4.2 Os AMP, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela incapacidade definitiva e pela invalidez, por cegueira, em qualquer dos graus descritos no item 14.3.2 destas Normas, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, de caráter irreversível, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

14.3.4.2.1 Os AMP, ao emitirem laudos declaratórios de invalidez de portadores de afecção que os inclua nos graus de diminuição da acuidade visual descritos no item 14.3.2 destas Normas deverão fazer constar entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "cegueira”.

14.3.5 CÁLCULO DA EFICIÊNCIA VISUAL BINOCULAR (EVB)

A EVB é obtida pela soma dos valores percentuais de visão de cada olho, multiplicados por seus pesos e dividindo-os por 4 (quatro), após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado. É atribuído peso 3 (três) ao percentual de visão do melhor e peso 1 (um) ao percentual de visão do pior olho. Assim, se a eficiência de OD = 90% e de OE = 30%, tem-se:

EVB = (3 X 90% + 1 X 30%) / 4 = 75%.

14.3.6 CONSIDERAÇÕES A SEREM OBSERVADAS PELOS AMP

14.3.6.1 É necessário ter atenção para servidores civis que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que no caso de agravamento poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

14.3.6.2 Não são considerados incapazes para o serviço do Exército os inspecionados com eficiência visual binocular igual ou superior a 70%.

14.4 ESPONDILITE ANQUILOSANTE

14.4.1 CONCEITUAÇÃO

14.4.1.1 A Espondilite Anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que

afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados, resultando rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, particularmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

14.4.1.2 Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

14.4.2 Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Espondilite Anquilosante

14.4.2.1 Ao firmarem seus laudos, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão fazer constar a citação expressa da existência de anquiloses da coluna vertebral com os segmentos acometidos ou da articulação da raiz do membro acometido, sem o qual não há amparo para enquadramento.

14.4.2.2 Os AMP acrescentarão, entre parênteses, a expressão "É Espondilite Anquilosante", ao concluírem os laudos dos portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem total e permanentemente incapacitados para qualquer trabalho.

14.4.2.3 Os AMP, além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da medicina especializada, deverão, obrigatoriamente, ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

a) comprovação radiológica de anquilose;

b) cintilografia óssea;

c) teste sorológico específico HLA - B27;

d) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e segmentos da coluna acometidos; e

e) RNM das articulações sacroilíacas e segmentos da coluna acometidos.

14.4.2.4 Os AMP deverão considerar como espondilite anquilosante os portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, tornarem total e permanente incapacitados para qualquer trabalho (inválidos), mesmo sendo estes, soronegativos.

14.5 ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)

14.5.1 CONCEITUAÇÃO

14.5.1.1 A doença de Paget é uma afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e acometendo um só osso ou, menos frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

14.5.1.2 A evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, processa-se em duas fases:

a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida; e

b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, onde as fraturas têm retardo de consolidação.

14.5.2 Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP.

14.5.2.1 As formas localizadas da doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.

14.5.2.2 Os estados avançados da doença de Paget apresentam as seguintes características:

a) lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);

b) complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgias; e

c) complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial, comprovadamente relacionadas à patologia.

14.5.2.3 Ao firmarem o laudo médico pericial, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão registrar a extensão das deformidades e regiões ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou o enquadramento e exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

14.5.2.3.1 São considerados exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

a) exame radiológico;

b) dosagem da fosfatase alcalina;

c) dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas;

d) tomografia computadorizada e, preferencialmente, ressonância nuclear magnética com resultado de biópsia óssea nos casos de suspeita de degeneração sarcomatosa; e

e) cintilografia óssea.

14.6 HANSENÍASE

14.6.1 CONCEITUAÇÃO

14.6.1.1 A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo Mycobacterium leprae (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes. Apresenta alta infectividade e baixa patogenicidade, sendo passível de tratamento e cura; a alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizado pelo esquema terapêutico, dentro do prazo recomendado. O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente e do exame dermato-neurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo motor e/ou autonômico).

14.6.1.2 Fica proscrita a sinonímia "lepra" nos documentos oficiais do Serviço de Saúde do Exército.

14.6.1.3 Critérios clínicos de atividade da doença:

a) presença de eritema e/ou infiltração nas lesões;

b) aparecimento de novas lesões;

c) aumento de lesões preexistentes;

d) espessamento e/ou parestesia de nervos ou troncos nervosos previamente normais;

e) paresia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente; e

f) surgimento de novas áreas anestésicas.

14.6.1.4 Lesões reacionais:

a) reação de Mitsuda positiva;

b) o exame bacterioscópico pode ser positivo;

c) o exame histológico revela o granuloma tuberculóide com edema inter e intracelular; e

d) o exame clínico mostra placas eritemato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorificial da face e occipital, ou tomam as extremidades dos membros a maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eritemato-violáceos são sugestivos do diagnóstico.

14.6.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DOS AMP.

14.6.2.1 Os AMP farão o enquadramento em hanseníase dos inspecionados que apresentarem uma ou mais das seguintes condições:

a) permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;

b) tiverem a ocorrência de atividade clínica após a alta por cura, isto é, recidiva;

c) manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura; e

d) apresentarem sequelas invalidantes.

14.7 MAL DE PARKINSON (DOENÇA DE PARKINSON)

14.7.1 CONCEITUAÇÃO

14.7.1.1 O mal de Parkinson (doença de Parkinson) é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:

a) tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;

b) rigidez muscular: sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada" (Negro); e

c) oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos.

14.7.1.1.1 A expressão doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida a de mal de Parkinson, embora esta denominação se mantenha nestas Normas, de conformidade com a Lei.

14.7.1.2 O Parkinsonismo Secundário, também chamado de síndrome de Parkinson, é consequente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

14.7.2 Normas de Procedimento dos AMP.

14.7.2.1 Os AMP somente farão o enquadramento em Doença de Parkinson, os casos com diagnóstico confirmado, obedecidos os critérios preconizados pela Literatura Médica especializada.

14.7.2.2 Os AMP não deverão enquadrar como portadores de Mal de Parkinson os inspecionados com quadro de Parkinsonismo Secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

14.7.3 CONSIDERAÇÕES A SEREM OBSERVADAS PELOS AMP

a) Um portador de doença de Parkinson será julgado incapaz definitivamente quando os sinais clínicos da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da enfermidade. A avaliação da invalidez de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.

b) A tabela de Webster deverá ser preenchida e anexada ao processo, sendo sua pontuação deverá constar na FiRDI.

14.7.3.1 TABELA DE WEBSTER

a) A tabela permite pontuação com valores crescentes de 0 (zero) a 3 (três) pontos por item analisado.

b) Concluído o estudo, é emitido parecer sobre a condição do examinado fundamentado no somatório dos valores obtidos.

ITEM AVALIADO	00 NORMAL	01 POUCO COMPROMETIDO	02 MODERADO	03 GRAVE
Bradicinesia de mãos	Sem sintomas	Ligeira diminuição da velocidade de supinação e pronação. Pequena dificuldade de utilizar instrumentos de trabalho, abotoar botões e escrever.	Moderada diminuição da velocidade de supinação-pronação em um ou ambos os lados	Grande diminuição da velocidade de supinação. Incapacidade de escrever ou de abotoar a roupa. Evidente dificuldade para manejar utensílios.
Rigidez	Sem sintomas	Ligeira rigidez de pescoço e ombros e se observa ligeira rigidez, ainda que não constante, em um dos braços.	Rigidez moderada de pescoço e ombros e a rigidez é constante se o paciente não recebe medicação.	Intensa rigidez em pescoço e ombros e a rigidez se mantém mesmo com medicação.
Postura	Postura normal. A cabeça se inclina para frente menos de 10 cm.	Início da espondilite deformante. A cabeça se inclina para a frente até 12,5 cm.	Princípio da flexão dos braços se inclina para frente até 15 cm.	Início da postura simiesca. A cabeça se inclina para frente mais de 15 cm. Início da flexão de joelho.
Balanceio de membros superiores	Balanço normal em ambos os braços	Redução da balança de um dos braços	Cessa o balanço de um dos braços	Cessa o balanço de ambos os braços.
Marcha	Marcha satisfatória	A distância dos passos se reduz	Os passos se reduzem para 15 a	Se inicia a marcha com

	com passos de 76 a 76 cm. Gira sem dificuldade.	para 30 a 46 cm. O paciente começa a se apoiar vigorosamente em um dos calcanhares. O giro se torna lento e requer vários passos.	30 cm. Os dois calcanhares batem vigorosamente ao solo.	pequenos passos. A distância entre eles é inferior a 7,5 cm.
Tremor	Inexistente	Oscilações menores que 2,5 nas extremidades ou treme a cabeça na manobra dedo-nariz.	Amplitude do tremor até 10 cm. O tremor é intenso mas não constante.	O tremor passa dos 10 cm. É constante e intenso e acomete o paciente todo o tempo em que estiver acordado. Impossibilidade de comer e escrever sozinho.
Face	Mímica com vivacidade normal.	Certa imobilidade. A boca permanece fechada. Primeiros sinais de angústia ou depressão.	Relativa imobilidade. A boca está pouco aberta. Sinais moderados de angústia e depressão. Pode haver sialorréia.	Rosto congelado (frozen fáceis). A boca está aberta 0,6 ou mais cm. Intensa sialorréia.
Seborréia	Não há.	Aumento da transpiração. A secreção é clara.	Pele visivelmente gordurosa. A secreção é mais espessa.	Evidente seborreia. Todo o rosto e cabeça são cobertos por secreção espessa.
Fala	Clara alta, com ressonância e perfeitamente inteligível.	Princípio da afonia com diminuição da modulação e da ressonância. Volume de voz satisfatória e claramente inteligível.	Afonia e disfonia moderadas. Tom permanentemente monótono, sem variações. Princípio de disartria. Locução vacilante e balbuceio, dificilmente inteligível.	Marcada afonia e distonia. Grande dificuldade para escutá-lo e entendê-lo.
Cuidados	Normal	Certa dificuldade	Precisa de ajuda	Invalidez

pessoais		para vestir-se.	para algumas situações críticas, como girar na cama, levantar da poltrona. É lento para realizar a maior parte das atividades, porém as realiza.	permanente. O paciente é incapaz de vestir-se, comer ou caminhar sozinho.

O somatório dos valores encontrados possibilita identificar e classificar o estado e a evolução da doença a partir dos valores obtidos, permitindo definir pela invalidez. Assim temos:

a. de 01 a 10 – início da doença (apto);
b. de 11 a 20 – incapacidade moderada (incapaz, mas não inválido); e
c. de 21 a 30 – doença grave ou avançada (inválido).

14.7.3.2 O Inspecionado que apresentar Doença de Parkinson leve será considerado apto. Se for moderada, será julgado incapaz, mas não inválido. Os casos graves ou avançados receberão parecer de invalidez.

14.7.3.3 A conclusão obtida a partir do preenchimento da Tabela de Webster visa caracterizar apenas a incapacidade relativa à presença da doença de Parkinson, não devendo ser usada nas inspeções para isenção do pagamento do Imposto de Renda, quando o AMP deve se manifestar somente quanto à presença ou não da doença.

14.8 NEFROPATIAS GRAVES

14.8.1 CONCEITUAÇÃO

14.8.1.1 São consideradas nefropatias graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade permanente para o trabalho e/ou risco de morte prematura ou que rapidamente evoluírem para o óbito.

14.8.1.2 As nefropatias graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares, a saber:

a. manifestações clínicas:

1) ectoscópicas: palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;

2) cardiovasculares: pericardite serofibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

3) gastrointestinais: soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação;

4) neurológicas: cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

5) oftalmológicas: retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

6) pulmonares: pulmão urêmico e derrame pleural; e

7) urinárias: nictúria.

b. alterações nos exames complementares:

1) alterações laboratoriais:

a) diminuição da filtração glomerular;

b) diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);

c) aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico;

d) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios; e

e) acidose;

2) alteração nos exames por imagem:

a) diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;

b) distorções da imagem normal consequente a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;

c) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos; e

d) diminuição da eliminação de contrastes, quando usados.

14.8.2 Classificação

14.8.2.1 Para a avaliação da insuficiência renal crônica pelas alterações bioquímicas, deverá ser adotada a classificação abaixo, baseada na gravidade do distúrbio funcional do rim, medido pela filtração glomerular e dosagem de creatinina:

Estágio	Filtração Glomerular (ml/min)	Creatinina (mg/dl)	Grau de I.R.C.
0	> 90	0,6 - 1,4	Grupo de risco para D.R.C
1	> 90	0,6 - 1,4	Função renal normal em Presença de lesão renal
2	60 - 89	1,5 - 2,0	I.R. leve ou funcional
3	30 - 59	2,1 - 6,0	I.R. moderada ou laboratorial
4	15 - 29	6,1 - 9,0	I.R. grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	I.R. terminal ou pré-dialítica

*Dr. João Egídio Romão Júnior - SBN - Hospital das Clínicas -FMUSP e Hospital da Beneficência Portuguesa - São Paulo

14.8.3 Normas de Procedimento dos AMP.
São consideradas nefropatias graves:

14.8.3.1 As nefropatias incluídas no Estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais clínicos relevantes.

14.8.3.2 As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estágios 4 e 5.

14.8.3.3 As Juntas de inspeção de Saúde e os AMP deverão, ao exarar o laudo médico-pericial, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não da condição nefropatia grave.

14.8.3.4 Não serão considerados portadores de nefropatia grave os inspecionados que apresentem função renal normal seis meses após o transplante, sem rejeições, sendo, porém, julgados incapazes para o serviço do Exército.

14.9 NEOPLASIAS MALIGNAS

14.9.1 CONCEITUAÇÃO

14.9.1.1 As neoplasias malignas compreendem um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam, podendo acometer outros órgãos, a partir de um sítio anatômico primitivo.

14.9.1.2 O prognóstico da doença é influenciado pelos seguintes fatores:

a) grau de diferenciação celular;

b) grau de proliferação celular;

c) grau de invasão vascular e linfática;

d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;

e) resposta à terapêutica específica; e

f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

14.9.1.3 O sistema de estadiamento das neoplasias malignas deverá ser o TNM, podendo ser utilizada outra classificação em casos específicos, não contemplados na TNM.

14.9.1.4 São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

14.9.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DOS AMP.

14.9.2.1 Os AMP deverão, ao firmar os laudos de neoplasia maligna:

a) estar fundamentadas em laudo histopatológico;
b) citar o tipo histopatológico da neoplasia;
c) citar a sua localização;
d) citar a presença ou não de metástase;
e) citar o estadiamento clínico;
f) acrescentar a expressão "neoplasia maligna", para fim de enquadramento legal; e
g) consignar, após o laudo, o período de tempo em que o inspecionado deverá permanecer isento do Imposto de Renda, no caso de neoplasias malignas passíveis de controle.

14.9.3 Os inspecionados serão considerados portadores de neoplasia maligna mesmo que sua doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico, por período de tempo definido, a ser determinado pelos AMP com base nos dados de literatura médica especializada específicos para cada neoplasia maligna em particular.

14.9.3.1 Nos casos de neoplasias malignas sem possibilidade terapêutica ou cujo curso clínico ou tratamento impossibilitem o exercício de atividades laborais em caráter definitivo, ao final do laudo deverá constar que o benefício permanecerá por tempo indeterminado.

14.9.3.2 Decorridos cinco anos a contar da data do final do tratamento da neoplasia maligna, tendo sido o inspecionado submetido a tratamento específico com intenção curativa, na ausência de comprovação de doença em atividade, recidiva ou metástase, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP não firmarão laudo médico pericial com enquadramento em "Neoplasia Maligna".

14.9.4 CONSIDERAÇÕES A SEREM OBSERVADAS PELOS AMP

14.9.4.1 Avaliação Pericial Segundo a Patologia.

Na avaliação pericial do paciente oncológico, adotaremos os conhecimentos clínicos da patologia, o estadiamento correlacionado com o prognóstico e a expectativa de vida em 5 anos, concluindo com as indicações para incapacidade definitiva ou invalidez.

14.9.4.2 CÂNCER DE MAMA

O carcinoma de mama é o câncer mais frequente nas mulheres e a maior causa de morte por câncer na quarta década de vida

14.9.4.2.1 ESTADIAMENTO

a. Tx – Tumor primário, não pode ser avaliado;
b. T0 – Ausência de tumor palpável;
c. Tis – Tumor *in situ*;
d. T1 – Tumor ≤ 2 cm;
   1) T1a - < 0,5 cm;
   2) T1b - > 0,5 a 1 cm;

3) T1c - > 1 a 2 cm;

e. T2 – Tumor 2 a 5 cm;

f. T3 – Tumor > 5 cm;

g. T4 – Tumor com extensão para parede torácica e pele

1) T4a – Parede torácica;

2) T4b – Pele;

3) T4c – Parede torácica e pele;

4) T4d – Carcinoma inflamatório;

h. N0 – Ausência de linfonodos palpáveis;

i. N1 – Linfonodos axilares móveis;

j. N2 – Linfonodos axilares fixos;

k. N3a – Metástase para linfonodo infraclavicular;

l. N3b – Metástase para cadeia mamária interna ipsolateral e região axilar;

m. N3c – Metástase para a cadeia supraclavicular ipsolateral;

n. M – Metástase à distância;

1) M0 – Ausência de metástase à distância; e

2) M1 – Presença de metástase à distância.

Estádio	TNM	Sobrevida livre de doença em 5 anos
I	T1N0M0	90%
IIA	T0-1N1M0 T2N0M0	70%
IIB	T2N1M0 T3N0M0	60%
IIIA	T3N1M0 T0-3N2M0	50%
IIIB	T4NqqM0	40%
IIIC	TqqN3M0	20%
IV	TqqNqqM1	10%

14.9.4.2.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

São causas de invalidez por neoplasia de mama:

a. linfedema secundário à dissecção axilar;

b. efeitos colaterais tardios secundários a quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia (p. ex.: insuficiência cardíaca congestiva e pneumonite actínica);

c. doença metastática; e

d. doença localmente avançada irressecável (doença primária ou recorrente).

14.9.4.3 CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é a neoplasia de maior incidência no homem, após o câncer de pele, e a segunda causa de morte, após o câncer de pulmão. Sua causa é desconhecida.

14.9.4.3.1 ESTADIAMENTO

a. Tx – Tumor primário não pode ser avaliado;

b. T0 – Ausência de tumor;

c. Tis – Tumor *in situ*;

d. T1 – Tumor inaparente, não palpado ao toque e não visível por imagem;

1) T1a – Tumor incidental, achado em < 5% do tecido ressecado;

2) T1b – Tumor incidental, achado em > 5% do tecido ressecado;

3) T1c – Tumor identificado por biópsia (PSA elevado);

e. T2 – Tumor confinado dentro da próstata;

1) T2a – Tumor envolve < 1/2 de um lobo;

2) T2b – Tumor envolve > 1/2 de um lobo;

3) T2c – Tumor envolve ambos os lobos;

f. T3 – Tumor com extensão extracapsular;

1) T3a – Tumor com extensão extracapsular I;

2) T3b – Tumor invade a vesícula seminal;

g. T4 – Tumor fixo ou invadindo estruturas adjacentes outras que a vesícula seminal (bexiga, parede pélvica, reto);

h. Nx – Linfonodos regionais não podem ser avaliados;

i. N0 – Ausência de linfonodos comprometidos;

j. N1 – Metástase em um único linfonodo < 2 cm;

k. N2 – Metástase em um único linfonodo > 2 cm, mas não > 5 cm, ou múltiplos linfonodos comprometidos;

l. N3 – Metástase em linfonodo > 5 cm;

m. M – Metástase à distância;

1) M1a – Metástase em linfonodos não-regionais;

2) M1b – Metástase em ossos; e

3) M1c – Metástase em outros locais.

14.9.4.3.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - São causas de invalidez por câncer de próstata:

a. doença metastática; e

b. efeitos colaterais tardios secundários à radioterapia (p. ex.: hemorragias devido à retite actínica ou cistite actínica e mielodisplasia pós-radioterapia pélvica).

14.9.4.4 CÂNCER DE PELE NÃO-MELANOMA

O câncer cutâneo não-melanoma é a neoplasia mais comum na população branca. Os tipos mais frequentes são o carcinoma baso-celular (CBC), o carcinoma espinocelular (CEC), o carcinoma misto e, com menor frequência, os linfomas e as lesões metastáticas.

Em geral, não há incapacidade laborativa, exceto nos casos avançados ou doença metastática.

14.9.4.5 MELANOMA CUTÂNEO

As pessoas claras, loiras, com olhos azuis ou verdes, possuem risco aumentado, principalmente, quando tem exposição crônica aos raios solares.

14.9.4.5.1 ESTADIAMENTO

a. T – Tumor primário;

b. T1 – Tumor < 1,0 mm de Breslow;

c. T2 – Tumor de 1,01 a 2,0 mm de Breslow;

d. T3 – Tumor de 2,01 a 4,0 mm de Breslow;

e. T4 – Tumor > 4,0 mm de Breslow;

1) – sem ulceração;

2) – com ulceração (Exceto em T1, em que “a” inclui tumores sem ulceração e nível II ou III de Clark e “b” inclui tumores com ulceração e nível IV ou V de Clark);

f. N1 – Um linfonodo positivo

1) N1a – Micrometástase;

2) N1b – Macrometástase;

g. N2 – Dois ou três linfonodos positivos;

1) N2a – Micrometástase;

2) N2b – Macrometástase;

3) N2c – Metástase em trânsito/satélite e sem metástases linfonodais;

h. N3 – Quatro ou mais linfonodos positivos ou coalescentes ou metástases em trânsito/satélite com metástases linfonodais;

i. M1 – Metástase à distância para pele, subcutâneo ou linfonodo distante;

1) M1a – Pulmão;

2) M1b – Outros órgãos; e
3) M1c – Qualquer sítio de metástase com HDL elevado.

14.9.4.5.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - Constituem causa de invalidez por melanoma cutâneo:

a. sequelas de cirurgia que torne o inspecionado total e permanentemente incapaz para qualquer atividade laborativa; e
b. doença metastática ou irressecável (p. ex.: metástase em trânsito).

14.9.4.6 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO - Os fatores predisponentes para os tumores da cavidade oral, cujo tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas são:

a. tabagismo;
b. alcoolismo;
c. má higiene oral; e
d. próteses odontológicas mal ajustadas.

14.9.4.6.1 CAUSAS DE INVALIDEZ - Constituem causa de invalidez por câncer de cabeça e pescoço:

a. efeitos colaterais tardios secundários à quimioterapia e radioterapia (radionecrose, dor cervical intensa);
b. mutilação cirúrgica; e
c. doença recorrente ou metastático.

14.9.4.7 CARCINOMA TÍMICO - São tumores de evolução lenta, cuja malignidade depende da invasão da cápsula ou não. Tem grande capacidade de recidivar e metastatizar para sítios extratorácicos.

14.9.4.7.1 ESTADIAMENTO

a. Estádio I – Tumor encapsulado macroscopicamente e ausência de invasão microscópica capsular;
b. Estádio II – Invasão macroscópica do tecido adiposo ao redor do tumor ou da pleura mediastinal;
c. Estádio III – Invasão macroscópica de órgãos adjacentes (grandes vasos e pulmão);
d. Estádio IV:
   1) IVA – Disseminação pleural ou pericárdico; e
   2) IVB – Metástases à distância.

14.9.4.7.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - Todos os estágios da doença são invalidantes, exceto o estádio I.

14.9.4.8 TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL - São, basicamente, três tipos de tumores, a saber:

a. Astrocitomas de baixo grau:
   1) Astrocitoma pilocítico (Grau I); e
   2) Astrocitoma fibrilar (Grau II).
b. Oligodendrogliomas:
   1) Oligodendroglioma de baixo grau (Grau II); e
   2) Oligodendroglioma anaplásico (Grau III).
c. Astrocitomas malignos:
   1) Astrocitoma anaplásico (Grau III); e
   2) Glioblastoma multiforme (Grau IV).

14.9.4.8.1 CAUSAS DE INVALIDEZ - Todos os tumores malignos do sistema nervoso central são invalidantes.

14.9.4.9 LINFOMA NÃO-HODGKIN - Constituem um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas do sistema linforreticular que se originam no tecido linfoide primário (medula óssea ou timo) ou secundário (linfonodos, baço, anel de Waldeyer, placas de Peyer e gânglios mesentéricos).

14.9.4.9.1 CAUSAS DE INVALIDEZ - São causas de invalidez nos linfomas não-Hodgkin:

a. linfoma não-Hodgkin refratário primário;
b. linfoma não-Hodgkin recidivado precocemente;
c. linfoma não-Hodgkin recidivado e resistente ao tratamento de resgate;
d. linfoma não-Hodgkin primário do sistema nervoso central; e
e. sequelas tardias graves relacionadas à quimioterapia e/ou radioterapia, a saber:

1) insuficiência cardíaca congestiva;
2) leucemia induzida pela quimioterapia; e
3) outras de semelhante gravidade.

14.9.4.10 LINFOMA DE HODGKIN - Constituem, aproximadamente, 25% dos casos de linfomas.

14.9.4.10.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	DESCRIÇÃO (Ann Arbor modificado)
I	Uma região linfonodal
II	Duas ou mais regiões linfonodais do mesmo lado do diafragma
III	Envolvimento de ambos os lados do diafragma
IV	Envolvimento disseminado de um ou mais sítios extralinfáticos ou órgãos, com ou sem linfonodos acometidos.

14.9.4.10.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - São causas de incapacidade nos linfomas de Hodgkin:

a. linfoma de Hodgkin refratário primário;
b. linfoma de Hodgkin recidivado precocemente;
c. linfoma de Hodgkin recidivado e resistente ao tratamento de resgate; e
d. sequelas tardias graves relacionadas à quimioterapia e/ou radioterapia, a saber:

1) insuficiência cardíaca congestiva; e
2) leucemia induzida pela quimioterapia.

14.9.4.11 MIELOMA MÚLTIPLO - Caracteriza-se por uma proliferação de plasmócitos com envolvimento da medula óssea e outros sítios secundários.

14.9.4.11.1 ESTADIAMENTO

a. Estádio I – Caracteriza-se por:

1) hemoglobina > 10 g/dl;
2) cálcio sérico < 12 mg/dl;
3) IgG < 5 g/dl;
4) IgA < 3 g/dl;
5) proteinúria (cadeia leve) < 4 g/dia; e
6) osteoporose ou uma única lesão lítica.

b. Estádio II – Quando não preencher os critérios dos estádios I e III.
c. Estádio III – Caracterizado por:

1) hemoglobina < 8,5 g/dl;
2) cálcio sérico > 12 mg/dl;
3) IgG > 7 g/dl;

4) IgA > 5 g/dl;
5) Proteinúria (cadeia leve) > 12 g/dia; e
6) Três ou mais lesões líticas.

14.9.4.11.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - Todos os casos são invalidantes.

14.9.4.12 LEUCEMIAS AGUDAS - Sua classificação é proposta pelo grupo Franco-Américo-Britânico (FAB) e o diagnóstico, em sua maioria, se dá pela morfologia. São, basicamente, três:

a. Leucemia mielóide aguda (LMA);
b. Leucemia linfocítica aguda (LLA);
c. Leucemia monocítica aguda.

14.9.4.12.1 CAUSAS DE INVALIDEZ - Todos os casos são invalidantes.

14.9.4.13 LEUCEMIAS CRÔNICAS - São, basicamente, duas:

a. Leucemia mielóide crônica (LMC) – associada a anormalidade cromossômica adquirida; e
b. Leucemia linfóide crônica (LLC) – com origem no linfócito B.

14.9.4.13.1 CAUSAS DE INVALIDEZ - Com exceção dos pacientes em fase inicial da doença, todos os casos são invalidantes.

14.9.4.14 CÂNCER DE ESÔFAGO - O estadiamento pós-operatório é feito com base na profundidade da invasão da neoplasia na parede do esôfago.

14.9.4.14.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0
I	T1N0M0
IIA IIB	T2-3NOMO T1-2N1MO
III	T3N1 ou T4N0
IVA IVB	qqTqqNM1a qqTqqNM1b

14.9.4.14.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - Os estádio II, III e IV são invalidantes.

14.9.4.15 CÂNCER GÁSTRICO - O tipo mais comum é o adenocarcinoma.

14.9.4.15.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0
IA IB	T1N0M0 T1N1M0 e T2 N0M0
II	T1N2MO T2N1MO
IIIA IIIB	T2N2M0; T3N1 ou T4N0 T3N2M0
IV	T4N1-2M0 qqTN3M0 qqTqqNM1

14.9.4.15.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - São causas de invalidez nos tumores gástricos:

a. doença em estádios III e IV;
b. doença recorrente; e

c. sequelas graves secundárias ao tratamento adjuvante (quimioterapia associada a radioterapia).

14.9.4.16 CÂNCER DE CÓLON - Tumores que podem acometer qualquer região do intestino grosso podendo apresentar de massa abdominal palpável a obstrução intestinal.

14.9.4.16.1 ESTADIAMENTO

a. T

1) Tx – tumor não avaliável;
2) Tis – carcinoma *in situ*;
3) T1 – tumor infiltra a submucosa;
4) T2 – tumor infiltra a muscular própria;
5) T3 – tumor infiltra até a subserosa ou gordura perirretal; e
6) T4 – tumor invade outros órgãos ou estruturas e/ou perfura o peritôneo visceral.

b. N

1) N0 – sem metástases linfonodais;
2) N1 – metástase em um a três linfonodos regionais; e
3) N2 – metástases em quatro ou mais linfonodos regionais.

c. M

1) M0 – sem metástases à distância; e
2) M1 – metástases à distância.

ESTÁDIO		TNM
0		TisN0M0
I	Dukes A Dukes B1	T1N0M0 T2N0M0
II	Dukes B2 Dukes B3	T3N0M0 T4N0M0
III	Dukes C	qqTqqNM0
IV	Dukes D	TxNxM1

14.9.4.16.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - Constituem causas de invalidez nos casos de câncer de cólon:

a. os estádios Dukes C e D;
b. sequela grave do tratamento cirúrgico (síndrome do intestino curto); e
c. sequelas graves de quimioterapia.

14.9.4.17 CÂNCER DE RETO - O principal tipo histológico é o adenocarcinoma.

14.9.4.17.1 ESTADIAMENTO - É o mesmo utilizado para o câncer de cólon.

14.9.4.17.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. os estádios Dukes C e D; e
b. sequelas relacionadas à radioterapia:

1) cistite actínica de difícil controle terapêutico; e
2) enterite actínica de difícil controle terapêutico.

14.9.4.18 CÂNCER DE CANAL ANAL - O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas. Está comprovada a relação com a presença do HPV.

14.9.4.18.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0
I	T1N0M0
II	T2-3N0M0
IIIA	T1-3N1M0; T4N0M0

IIIB	T4N1M0; qqTN2-3M0
IV	qqTqqNM1

14.9.4.18.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença em estádio IV;

b. doença recidivante; e

c. sequela grave secundária a tratamento combinado (quimioterapia associada à radioterapia).

14.9.4.19 CÂNCER DE PÂNCREAS - Trata-se de patologia de prognóstico ruim, independente da terapia utilizada e, devido à sua localização, apresenta pouca ou nenhuma sintomatologia.

14.9.4.19.1 CAUSAS DE INVALIDEZ - Todos os casos são invalidantes.

14.9.4.20 CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR E TRATO BILIAR - O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma e o tumor raramente é diagnosticado antes da cirurgia, que, muitas vezes, se limita a procedimentos paliativos.

14.9.4.20.1 CAUSAS DE INVALIDEZ - Todos os casos são invalidantes.

14.9.4.21 CÂNCER RENAL

14.9.4.21.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO (Robson – 1969)	TNM
I	T1N0M0
II	T2-3N0M0
IIIA IIIB IIIC	T3b-cN0M0 qqTN1-2M0 T3b-cN1-2M0
IVA IVB	T4N0M0 T1-4N0-2M1

14.9.4.21.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. tumores em estádio III e IV;

b. casos em que, no pós-operatório, surgir insuficiência renal, devendo ser avaliado segundo o item 14.8 destas Normas; e

c. tumores metastáticos.

14.9.4.22 CÂNCER DE BEXIGA - O carcinoma de células transicionais é o mais comum.

14.9.4.22.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
I	T1N0M0
II	T2N0M0
III	T3a-4aN0M0
IV	T4bN0M0 qqTN1-3M0 qqTqqNM1

14.9.4.22.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável ou estádio IV;

b. doença recorrente; e

c. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.23 CÂNCER DE TESTÍCULO - Os tumores germinativos são os mais comuns, podendo ser seminomatosos ou não-seminomatosos.

14.9.4.23.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	PTisN0M0S0
I	pT1-4N0M0Sx
IA	pT1N0M0S0
IB	pT2N0M0S0 pT3N0M0S0 pT4N0M0S0
IS	qqpT/TxN0M0S1-3
II	qqpT/TxN1-3M0Sx
IIA	qqpT/TxN1M0S0 qqpT/TxN1M0S1
IIB	qqpT/TxN2M0S0 qqpT/TxN2M0S1
IIC	qqpT/TxN3M0S0 qqpT/TxN3M0S1
III	qqpT/TxqqNM1Sx
IIIA	qqpT/TxqqNM1aS0 qqpT/TxqqNM1aS1
IIIB	qqpT/TxN1-3M0S2 qqpT/TxqqNM1aS2
IIIC	qqpT/TxN1-3M0S3 qqpT/TxqqNM1aS3 qqpT/TxqqNM1bqqS

14.9.4.23.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença refratária;
b. estádio III devido a doença em sistema nervoso central;
c. doença recorrente; e
d. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico ou quimioterápico.

14.9.4.24 CÂNCER DO COLO UTERINO - Trata-se de doença grave, mas que pode ser diagnosticada em fase inicial desde que sejam realizados os procedimentos preventivos e as medidas de detecção.

14.9.4.24.1 ESTADIAMENTO

a. Estádio 0 – carcinoma *in situ*;
b. Estádio I:
1) IA1 – carcinoma invasivo até 3 mm de profundidade e 7 mm de largura;
2) IA2 – carcinoma invasivo > 3 mm e < 5 mm de profundidade e não maior de 7 mm de largura;
3) IB1 – carcinoma confinado ao colo < 4 cm;
4) IB2 carcinoma confinado ao colo > 4 cm;
c. Estádio II:
1) IIA – carcinoma em 1/3 superior da vagina;
2) IIB – com envolvimento parametrial;
d. Estádio III:
1) IIIA – acometimento do 1/3 distal da vagina;
2) IIIB – acometimento de parede pélvica ou hidronefrose;
e. Estádio IV:
1) IVA – acometimento de reto ou bexiga; e
2) IVB – doença à distância.

14.9.4.24.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável ou estádio IV;
b. doença recorrente; e
c. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico.

14.9.4.25 CÂNCER DO ENDOMÉTRIO

14.9.4.25.1 ESTADIAMENTO

a. Estádio I:
1) IA – tumor limitado ao endométrio;
2) IB – tumor invade a primeira metade do miométrio;
3) IC – tumor invade a segunda metade do miométrio;
b. Estádio II:
1) IIA – envolvimento do colo uterino: glândulas endocervicais;
2) IIB – envolvimento do colo uterino: estroma cervical;
c. Estádio III:
1) IIIA – envolvimento da serosa ou ovário ou citologia peritoneal positiva;
2) IIIB – envolvimento vaginal;
3) IIIC – envolvimento pélvico ou linfonodos paraaórticos;
d. Estádio IV:
1) IVA – acometimento de reto ou bexiga; e
2) IVB – doença à distância.

14.9.4.25.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável ou estádio IV;
b. doença recorrente; e
c. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico.

14.9.4.26 CÂNCER DE OVÁRIO - De evolução insidiosa, só é diagnosticado, na maioria dos casos, com doença avançada na cavidade abdominal.

14.9.4.26.1 ESTADIAMENTO

a. Estádio I:
1) IA – tumor confinado ao ovário, sem acometimento de cápsula;
2) IB – tumor em ambos os ovários, sem acometimento de cápsula;
3) IC – estádio IA ou IB, associado ao acometimento de cápsula ou citologia peritoneal positiva;
b. Estádio II:
1) IIA – invasão das trompas ou útero;
2) IIB – extensão pélvica;
3) IIC – estádio IIA ou IIB, associado ao acometimento de cápsula ou citologia peritoneal positiva;
c. Estádio III:
1) IIIA – acometimento microscópico do peritônio abdominal;
2) IIIB – acometimento peritoneal abdominal menor que 2 cm;
3) IIIC – acometimento peritoneal abdominal maior que 2 cm;
d. Estádio IV – doença à distância.
Causas de invalidez

14.9.4.27 CÂNCER DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS

14.9.4.27.1 ESTADIAMENTO

a. doença limitada – tumor confinado a um hemitórax e linfonodos regionais, que podem ser envolvidos em um campo de radioterapia; e
b. doença extensa – doença disseminada.

14.9.4.27.2 CAUSAS DE INVALIDEZ - Todos os casos são invalidantes.

14.9.4.28 CÂNCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS

14.9.4.28.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0
IA	T1N0M0
IB	T2N0M0
IIA	T1N1M0
IIB	T2N1M0 T3N0M0
IIIA	T3N1M0 T1-3N2M0
IIIB	qqTN3M0 T4qqNM0
IV	qqTqqNM1

14.9.4.28.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável;
b. doença em estádio IIB, III ou IV;
c. doença recorrente; e
d. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.29 TUMORES DA FAMÍLIA EWING - São tumores de células redondas tais como o Sarcoma de Ewing, o neuroepitelioma periférico, o neuroblastoma periférico, o tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) ou o Tumor de Askin.

14.9.4.29.1 ESTADIAMENTO

a. Grupo 1 – doença localizada completamente ressecada, sem doença residual;
b. Grupo 2 – ressecção total da lesão volumosa:
  1) A – com evidência de doença residual;
  2) B – linfonodos envolvidos completamente ressecados;
c. Grupo 3 – ressecção incompleta; e
d. Grupo 4 – doença metastática.

14.9.4.29.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável;
b. doença recorrente; e
c. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.30 SARCOMA DE PARTES MOLES

14.9.4.30.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
IA	T1aG1N0M0 T1aG2N0M0
IB	T1bG1N0M0 T1bG2N0M0
IIA	T2aG1N0M0 T2aG2N0M0
IIB	T1aG3N0M0 T1aG4N0M0 T1bG3N0M0

	T1bG4N0M0
IIC	T2bG1N0M0 T2bG2N0M0
III	T2bG3N0M0 T2bG4N0M0
IVA	qqTN1M0
IVB	qqTqqNM1

14.9.4.30.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável;
b. doença em estádio IV;
c. doença recorrente; e
d. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.31 RABDOMIOSSARCOMA

14.9.4.31.1 ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	SÍTIO PRIMÁRIO DA DOENÇA	T	S	N	M
I	Órbita, cabeça-pescoço (exceto parameníngeo) AGU (que não bexiga e próstata)	T1-2	a-b	qqN	M0
II	Bexiga/próstata, extremidades, crânio, parameníngeo e outros (retroperitôneo, tronco...)	T1-2	a	N0	M0
III	Mesmos sítios de II	T1-2	a-b	N1	M0
IV	Todos os sítios	qqT	qqS	qqN	M1

14.9.4.31.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável;
b. doença em estádio IV;
c. doença recorrente; e
d. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.32 OSTEOSSARCOMA

14.9.4.32.1 ESTADIAMENTO

a. IA – lesão intracompartimental de baixo grau, sem metástase;
b. IB – lesão extracompartimental de baixo grau, sem metástase;
c. IIA – lesão intracompartimental de alto grau, sem metástase;
d. IIB – lesão extracompartimental de alto grau, sem metástase;
e. IIIA – lesão intracompartimental de qualquer grau, com metástase; e
f. IIIB – lesão extracompartimental de qualquer grau, com metástase.

14.9.4.32.2 CAUSAS DE INVALIDEZ

a. doença irressecável;
b. doença em estádio IV;
c. doença recorrente; e
d. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.10 PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

14.10.1 CONCEITUAÇÃO

14.10.1.1 Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.

14.10.1.2 A abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracteriza a paralisia funcional.

14.10.2 Classificação

14.10.2.1 As paralisias, considerando-se a localização e a extensão das lesões, classificam-se em:

a) paralisia isolada ou periférica: quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;

b) monoplegia: quando são atingidos todos os músculos de um só membro;

c) hemiplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;

d) paraplegia ou diplegia: quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;

e) triplegia: quando resulta da paralisia de três membros; e

f) tetraplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores.

14.10.3 Normas de Procedimento dos AMP.

14.10.3.1 A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários a recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade, observados os conceitos relevantes constantes do item 1.4 destas Normas.

14.10.3.2 São consideradas paralisias as lesões osteomusculoarticulares e vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários a recuperação.

14.10.3.3 São consideradas paralisias as paresias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários a recuperação, devendo os laudos das inspeções de saúde citar entre parênteses, o termo "Paralisia Irreversível e Incapacitante", de acordo com a classificação prevista no item **14.10.2.1** destas Normas.

14.10.3.4 São consideradas paralisias as ausências de membros, segmentos de membros ou de feixes musculares, resultantes de amputação ou ressecções cirúrgicas que resultem em distúrbios graves e extensos da mobilidade de um ou mais membros, devendo os laudos das inspeções de saúde citar o termo "Paralisia Irreversível e Incapacitante", de acordo com a classificação prevista no item **14.10.2.1** destas Normas.

14.10.3.5 Não se equiparam às paralisias as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.

14.10.3.6 A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta, por si só, motivo para enquadramento em Paralisia irreversível e incapacitante, pois muitas vezes não configura incapacidade. Por definição, é preciso que, depois de esgotadas todas as

medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o inspecionado para o exercício das atividades inerentes ao cargo ou das atividades rotineiras quando se tratar de inspecionados inativos ou dependentes.

14.10.3.7 Os AMP deverão especificar em seus laudos o diagnóstico etiológico e a descrição das alterações anatômicas, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que trata estas Normas a especificação do caráter definitivo e permanente da lesão e, após enunciar o diagnóstico, deverão declarar, entre parênteses, a expressão "Paralisia Irreversível e Incapacitante".

14.11 PÊNFIGOS

14.11.1 CONCEITUAÇÃO

14.11.1.1 Os pênfigos compreendem um grupo de dermatoses de curso crônico não contagiosas, de etiologia ainda desconhecida, cujas características principais são:

a) erupção bolhosa;

b) acantólise; e

c) auto-imunidade.

14.11.2 Classificação

14.11.2.1 Os pênfigos, por suas características clínicas e histológicas, classificam-se em:

a) pênfigo vulgar: dermatose bolhosa, crônica, caracterizada pela presença de volumosas bolhas intra-epidérmicas, intramalpighianas, acantolíticas, suprabasais, disseminadas na pele e mucosas; acompanhada de manifestações orgânicas gerais graves;

b) pênfigo foliáceo: dermatose de caráter endêmico, mais comum em jovens, evolução crônica, com progressivo agravamento do estado geral devido à espoliação protéica que pode levar à caquexia e morte. Caracterizada pela presença de manchas eritematosas na pele, sobre as quais se desenvolvem bolhas flácidas, intramalpighianas altas, com células acantolíticas. As lesões tendem para a descamação, com ardor local, febre irregular e exagerada sensibilidade ao frio. As lesões das mucosas não são comuns. Têm-se registrado casos de evolução benigna com regressão e cura da doença;

c) pênfigo vegetante: dermatose bolhosa na qual as bolhas frequentemente se rompem e exsudam um líquido de odor fétido. Após o rompimento das bolhas há o aparecimento de formações vegetantes papilomatosas, com maceração da pele ao calor ou à umidade ao nível das grandes dobras cutâneas. Formação de microabscessos intra-epiteliais e presença de acantólise e hiperceratose ao exame histológico. De grande malignidade e evolução rápida, apresenta alto índice de mortalidade quando não tratado; e

d) pênfigo eritematoso - síndrome de Senear-Usher: dermatose escamosa com lesões eritematosas ou bolhosas na face e regiões pré-esternal e médio-dorsal. Não ataca as mucosas. De evolução benigna, não compromete o estado geral dos indivíduos. As lesões, pelo aspecto em vespertílio, lembram o lúpus eritematoso discóide e as bolhas podem, como no pênfigo foliáceo, localizar-se nas regiões pré-esternal e médio-dorsal.

14.11.3 NORMAS DE PROCEDIMENTO DOS AMP.

14.11.3.1 Os AMP somente poderão concluir os seus laudos definitivos quando o diagnóstico clínico de pênfigo for confirmado por meio de exame histológico (citodiagnóstico de Tzanck) de imunofluorescência direta e outros exames que a medicina especializada indicar.

14.11.3.2 Os AMP não deverão enquadrar como pênfigo os casos provocados por fármacos.

14.12 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

14.12.1 CONCEITUAÇÃO

14.12.1.1 A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma severa imunodeficiência, manifesta no aparecimento de doenças oportunistas.

14.12.2 Classificação

14.12.2.1 A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.

14.12.2.2 Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às seguintes categorias:

a) Categoria A:

1) infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;

2) linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV; e

3) infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente, duas a três semanas após o início do quadro clínico;

b) Categoria B: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

1) angiomatose bacilar;

2) candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;

3) candidíase orofaringeana; e

4) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5º C ou diarreia com mais de um mês de duração);

c) Categoria C: indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

1) candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2) criptococose extrapulmonar;
3) câncer cervical uterino;
4) rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
5) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
6) histoplasmose disseminada;
7) isosporíase crônica;
8) micobacteriose atípica;
9) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
10) pneumonia por P. carinii;
11) pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
12) bacteremia recorrente por "salmonella";
13) toxoplasmose cerebral;
14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15) criptosporidiose intestinal crônica;
16) sarcoma de Kaposi;

17) linfoma de Burkit, imunoblástico ou primário de cérebro;
18) encefalopatia pelo HIV; e
19) síndrome consumptiva pelo HIV.

14.12.2.3 Quanto à contagem de linfócitos CD4 os indivíduos pertencem aos seguintes grupos:

a) Grupo I: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³;

b) Grupo II: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³; e

c) Grupo III: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

14.12.2.4 O quadro a seguir representa a classificação clínica e laboratorial:

Grupo	CD4	A	B	C
I	> ou = 500	A1	B1	C1
II	200-499	A2	B2	C2
III	< 200	A3	B3	C3

A3, B3, e C são considerados SIDA/AIDS.

14.12.3 Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - SIDA/Aids

14.12.3.1 Os portadores assintomáticos ou em fase de linfoadenopatia persistente generalizada (LPG), em princípio e a critério de cada Junta de Inspeção de Saúde ou AMP, poderão ser considerados aptos para o Serviço Ativo devendo, porém, ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 12 (doze) meses.

14.12.3.2 Os inspecionandos classificados nas Categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se julgada de risco para o agravamento da sua condição de saúde, em princípio e a critério de cada Junta de Inspeção de Saúde ou AMP, deverão ser considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo e submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias.

14.12.3.3 Os inspecionandos classificados nas Categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se não julgada de alto risco para o agravamento da sua condição de saúde, em princípio e a critério de cada Junta de Inspeção de Saúde ou AMP, poderão ser considerados aptos para o Serviço Ativo, devendo ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a cento e oitenta dias, caso apresentem remissão do quadro clínico e laboratorial após um período de noventa dias de tratamento especializado.

14.12.3.4 Os inspecionandos a que se refere o item 14.12.3.3 destas Normas, que não apresentem remissão de quadro clínico e laboratorial após um período de 90 (noventa) dias de tratamento especializado, deverão ser considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo e submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias.

14.12.3.5 Serão considerados incapazes definitivamente para o Serviço Ativo e inválidos os inspecionandos classificados nas Categorias A3, B3 e C, levando-se em consideração o quadro clínico e laboratorial, e **que não reúnam condições mínimas laborativas**.

14.12.3.6 As atividades de risco a que se referem os itens **14.12.3.2** e **14.12.3.3** destas Normas, são as inerentes aos cursos de formação e de especialização que envolvam intensa atividade física.

14.13 TUBERCULOSE ATIVA

14.13.1 CONCEITUAÇÃO

14.13.1.1 A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolução aguda ou crônica, de notificação compulsória. Pode acometer qualquer órgão, tendo, no entanto, nítida predileção pelo pulmão.

14.13.2 Classificação

14.13.2.1 As lesões tuberculosas são classificadas em:

a) ativas;
b) inativas;
c) de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto); e
d) curadas.

14.13.3 Avaliação do estado evolutivo das lesões tuberculosas

14.13.3.1 As lesões ativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas: presença do Mycobacterium tuberculosis ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;

b) radiológicas:

1) caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela reação perifocal;
2) instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;
3) presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
4) derrame pleural associado; e
5) complexo gângliopulmonar recente;

c) imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD - Reator Forte); e

d) clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

14.13.3.2 As lesões inativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas: ausência de Mycobacterium tuberculosis no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais, durante pelo menos 3 (três) meses, inclusive em material obtido por broncoaspiração, e negatividade dos exames das peças de ressecção;

b) radiológicas: "limpeza" radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspecto cístico ou bolhoso;

c) clínicas:

1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;
2) existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas consequentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas); e

3) persistência das condições clínicas favoráveis, com duração de, pelo menos, três meses.

14.13.3.3 As lesões de atividade indeterminada são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar seu estado evolutivo, são temporariamente assim classificadas, até que a obtenção de dados possibilite sua inclusão no grupo das lesões ativas ou no das inativas ou curadas.

14.13.3.4 As lesões tuberculosas são ditas curadas quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas no item **14.13.3.2.** destas Normas.

14.13.4 Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Tuberculose Ativa

14.13.4.1 Os AMP, de modo a comprovar, com segurança, a atividade da doença, deverão reavaliar o inspecionado ao término do tratamento e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

14.13.4.2 O parecer definitivo a ser adotado pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP para os portadores de lesões tuberculosas, aparentemente inativas, ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a seis meses, contados a partir do término do tratamento.

14.13.4.3 Os inspecionados que apresentarem lesões em atividade, após dois anos de efetivo tratamento de saúde, e aqueles sobre os quais ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão enquadrados como portadores de tuberculose ativa.

14.13.4.4 Os inspecionados que apresentarem "cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com o previsto na normatização relativa à cardiopatia grave constante do item **14.2.4.5** deste normativo.

14.13.4.5 Os inspecionados portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP à luz dos critérios clínicos pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

14.13.4.6 Os AMP, ao concluírem pelo enquadramento dos inspecionados, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico, acrescido da expressão "tuberculose ativa", entre parênteses, complementando com dados que permitam o enquadramento legal aplicável ao caso.

14.13.4.7 As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis e terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois que dela diretamente decorrem.

14.14 HEPATOPATIAS GRAVES

14.14.1 CONCEITUAÇÃO

14.14.1.1 As hepatopatias graves compreendem um grupo de doenças que atingem o fígado, de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e intensa progressiva e grave deficiência funcional, além de incapacidade para atividades laborativas e risco de morte.

14.14.2 Características

14.14.2.1 Constituem características das hepatopatias graves:

14.14.2.1.1 Quadro clínico:

a) emagrecimento;
b) icterícia;
c) ascite;
d) edemas periféricos;
e) fenômenos hemorrágicos;
f) alterações cutâneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda de pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas; e
g) alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

14.14.2.1.2 Quadro laboratorial:
a) alterações hematológicas:
1) pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia; e
2) distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);
b) alterações bioquímicas:
1) hipoglicemia predominante;
2) hipocolesterolemia; e
3) hiponatremia;
c) testes de avaliação hepática alterados:
1) retenção de bilirrubinas;
2) transaminases elevadas;
3) fosfatase alcalina e gama-GT elevadas; e
4) albumina reduzida.

14.14.3 Nos exames de imagem são observadas as seguintes alterações:
a) ultrassonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;
b) tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;
c) endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva; e
d) cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula Óssea.

14.14.4 Classificação

14.14.4.1 A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência da perda de massa celular funcionante, decorrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.

14.14.4.2 A gravidade do comprometimento funcional é graduada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

INDICADORES	PONTOS		
	1	2	3
Albumina	> 3,5 G%	3,0 a 3,5 g%	< 3,0 g%
Bilirrubina	< 2,0 mg%	2,0 a 3,0 mg%	> 3,0 mg%
Ascite	ausente	discreta	tensa
Grau de encefalopatia	não	leve	grave

Atividade de protrombina	> 75%	20 a 74 %	< 50 %

14.14.4.2.1 De acordo com o total de pontos obtidos, os prognósticos dividem-se em:

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

14.14.4.2.1.1 Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevida, habitualmente acima de cinco anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que um ano.

14.14.4.3 A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, incluída na tabela constante do item **14.14.4.2.** deste Normativo, obedece à seguinte gradação:

a) Subclínica: alteração em testes psicométricos;

b) Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;

c) Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;

d) Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular; e

e) Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

14.14.4.3.1 A pontuação leve na Tabela de Child inclui os Estágios Subclínico, 1 e 2, enquanto a pontuação grave os Estágios 3 e 4.

14.14.5 São causas das hepatopatias graves:

a) hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;

b) cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;

c) doenças parasitárias e granulomatosas;

d) tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos; e) doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando a cirrose biliar secundária.

14.14.6 Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Hepatopatias Graves

14.14.6.1 As hepatopatias classificadas na Classe A de Child não são consideradas graves.

14.14.6.2 As hepatopatias classificadas na Classe B de Child, quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante, serão consideradas como hepatopatia grave.

14.14.6.3 As hepatopatias classificadas na Classe C de Child serão enquadradas como hepatopatia grave.

14.14.6.4 Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves, com tratamento específico, o enquadramento se dará após 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data do início do tratamento específico.

14.14.6.5 Os indivíduos que desenvolveram formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e foram submetidos a transplante hepático de urgência serão avaliados pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP após 24 (vinte e quatro) meses do transplante.

14.14.6.6 Os laudos dos AMP deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

14.14.6.6.1 O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contraindicação médica formalizada, a exemplo das coagulopatias, sendo substituído por outros exames que possam comprovar e caracterizar a gravidade do quadro.

14.14.6.7 Para o diagnóstico do hepatocarcinoma a comprovação histológica obtida pela biópsia pode ser substituída pela presença de elevados níveis séricos de alfa-fetoproteína (mais de 400 ng/ml) e alterações típicas no eco-Doppler, na tomografia computadorizada helicoidal ou retenção do lipiodol após arteriografia seletiva, em indivíduos com condições predisponentes para o hepatocarcinoma: cirroses, doenças metabólicas congênitas, portadores de vírus B e C, alcoólatras.

14.14.6.8 Não serão considerados portadores de hepatopatia grave os inspecionados que apresentem função hepática normal seis meses após o transplante, sem rejeições, sendo, porém, julgados incapazes para o serviço do Exército.

14.15 CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO "DOENÇAS CAUSADAS POR EXPOSIÇÃO À RADIAÇÃO IONIZANTE"

14.15.1 CONCEITUAÇÃO

14.15.1.1 Consideram-se "doenças causadas por Radiação ionizante em estágio avançado" todas patologias que tenham, comprovadamente, relação de causa e efeito com a Radiação ionizante, com comprometimento da capacidade laboral. As doenças por radiação ionizante, em todos os seus tipos e gravidades, se desenvolvem por exposição do indivíduo à referida radiação, com ou sem contaminação interna ou externa por material radioativo, sendo, portanto, o mesmo grupo de doenças.

14.15.1.2 Radiação ionizante: qualquer partícula ou radiação eletromagnética que, ao interagir com a matéria, desloca elétrons dos átomos ou moléculas produzindo íons.

14.15.1.3 Exposição à radiação ionizante: ato ou condição de estar submetido à radiação ionizante.

14.15.1.4 Contaminação radioativa: deposição indesejável de materiais radioativos em qualquer meio ou local.

14.15.1.5 Os AMP deverão comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a patologia apresentada pelo indivíduo.

14.15.1.6 A afirmativa de que uma patologia possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser perfeitamente documentada por atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação.

14.15.1.7 Os AMP deverão atentar para os quadros, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

14.15.1.8 Os AMP deverão identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:

a) síndrome aguda da radiação: é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que se desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy); e

b) síndrome cutânea da radiação: é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

14.15.2 Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação

14.15.2.1 São necessariamente quadros de síndrome aguda da radiação os quadros sindrômicos que sejam decorrentes de evento considerado determinístico, no qual o limite de dose de 0,8 a 1,0 Gy tenha sido ultrapassado, a saber:

a) o quadro hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;

b) o quadro gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e

c) o quadro neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte, e ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

14.15.2.2 Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação.

14.15.3 Quadros clínicos que cursam com a síndrome cutânea da radiação

14.15.3.1 A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada, quanto ao seu grau de severidade, em:

a) Grau I ou Leve (exposição de 8,0 a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;

b) Grau II ou Moderada (exposição > 12,0 a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;

c) Grau III ou Grave (exposição de 30,0 a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose; e

d) Grau IV ou Muito Grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de amputação.

14.15.4 Meios de diagnóstico

14.15.4.1 Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da síndrome aguda da radiação e da síndrome cutânea da radiação são:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença;

b) exame clínico;

c) dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);

d) dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);

e) avaliação hematológica;

f) avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase lática, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);

g) dosimetria citogenética;

h) tomografia computadorizada;

i) ressonância magnética;

j) termografia;

k) avaliação fotográfica seriada;

l) estudos cintilográficos; e

m) estudos Doppler.

14.15.5 NORMAS DE PROCEDIMENTO DOS AMP.

14.15.5.1 Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita no item **14.15.3.1** destas Normas, serão considerados pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP como portadores de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado, desde que haja limitação significativa da capacidade física para exercer atividades laborais básicas.

14.15.5.2 Os AMP farão o enquadramento por síndrome aguda da radiação dos inspecionados que satisfizerem a uma das seguintes condições:

a) apresentarem alterações físicas e mentais de mau prognóstico a curto prazo;

b) apresentarem alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que doze meses; ou

c) apresentarem sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do inspecionando para executar atividades laborais básicas.

14.15.5.3 Nos casos descritos nos subitens **14.15.5.1** e **14.15.5.2**, constatada a irreversibilidade do quadro clínico, deverá constar após o laudo que o enquadramento será por tempo indeterminado.

14.15.5.4 Os portadores de síndrome cutânea da radiação Grau IV, passível de amputação, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão seu enquadramento reavaliado após o tratamento instituído.

14.15.5.5 Os AMP deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios do portador de doença causada por radiação ionizante os seguintes dados:

a) a síndrome básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);

b) o estágio evolutivo; e

c) a expressão "sequela" se for o quadro determinante da incapacidade.

14.16 ESCLEROSE MÚLTIPLA

14.16.1 CONCEITUAÇÃO

14.16.1.1 É uma doença desmielinizante do sistema nervoso central, progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização no cérebro e na medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações. Sua causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucos indícios de um mecanismo específico.

14.16.2 Manifestações clínicas.

a) De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central, com remissões e exacerbações frequentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais, distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

b) As alterações motoras são marcantes: marcha trêmula; tremores nas mãos e na cabeça; fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos ocorrem tardiamente.

c) As alterações sensitivas ocorrem principalmente nas mãos e nas pernas com perda da sensibilidade cutânea. Em relação às alterações autonômicas, há dificuldade miccional, incontinência retal e impotência sexual.

14.16.3 Diagnóstico.

É indireto, por dedução e baseado em características clínicas e laboratoriais. O diagnóstico diferencial deve ser feito com seringomielia, esclerose lateral amiotrófica, sífilis, artrite da coluna cervical, tumores do cérebro, ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

14.16.4 Exames complementares:

a) exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;

b) ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas; e

c) potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

14.16.5 NORMAS DE PROCEDIMENTO DOS AMP.

Os AMP farão o enquadramento por incapacidade definitiva, por esclerose múltipla, nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades laborais. Quando determinar a incapacidade definitiva para todo e qualquer trabalho será enquadrado como inválido.

14.17 FIBROSE CÍSTICA.

14.17.1 CONCEITUAÇÃO.

14.17.1.1 É uma doença genética autossômica recessiva, decorrente da ausência, deficiência da produção ou defeito na função de um polipeptídeo regulador da condutância transmembrana, que funciona na regulação da permeabilidade do íon cloro através de células de órgãos epiteliais.

14.17.2 As principais manifestações clínicas são:

a) as respiratórias: tosse persistente, principalmente à noite; pneumonias de repetição, dispnéia, hemoptise e sibilância sem resposta aos broncodilatadores; e

b) digestivas: obstrução ileal, insuficiência pancreática, má absorção intestinal e cirrose.

14.17.3 A doença pulmonar evolui para cor pulmonale em praticamente 100% dos pacientes fibrocísticos. Nas fases avançadas, os pacientes apresentam tórax em barril, expectoração purulenta, principalmente matinal, frequência respiratória (FR) aumentada, dificuldade expiratória, cianose periungueal e baqueteamento digital acentuado.

14.17.4 Normas de procedimento dos AMP.

14.17.4.1 Os AMP somente farão o enquadramento legal dos portadores de fibrose cística para a isenção do recolhimento do imposto de renda.

14.17.4.2 Os AMP, além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da medicina especializada, deverão ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

a) teste do suor, confirmado quando a concentração de cloretos for superior a 60 mEq/l. Quando os valores estiverem entre 40 e 60 mEq/l, o exame deve ser repetido, principalmente na presença de sinais e sintomas sugestivos de fibrose cística;

b) radiografia de campos pleuro-pulmonares;

c) cultura do escarro, geralmente positiva para Pseudomonas aeruginosa;

d) ultrassonografia abdominal;

e) dosagem das enzimas hepáticas; e

f) dosagem de enzimas pancreáticas.

14.17.5 Pela gravidade e prognóstico reservado da doença, o diagnóstico somente poderá ser confirmado com dois testes do suor positivos, realizados em momentos diferentes.

VOLUME XV

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA HOMOLOGAÇÃO, RECONSIDERAÇÃO, REESTUDO E INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE RECURSO E REVISÃO

15. 1 HOMOLOGAÇÃO DE ATO PERICIAL

15.1.1 CONCEITUAÇÃO

A homologação de ato pericial caracteriza a aprovação do mesmo por agente médico-pericial tipo Junta de Inspeção de Saúde de Recurso (JISR) ou por autoridade médica competente e designada para tal finalidade, no concernente aos aspectos técnicos e quanto à forma do ato pericial.

15.1.2 COMPETÊNCIA E APLICAÇÃO

15.1.2.1 Junta de Inspeção de Saúde de Recurso

A homologação de ato pericial por JISR, quando determinada em lei, deverá ser procedida mediante revisão dos pareceres registrados nas cópias de atas exaradas em primeira instância e pela análise da documentação contida no processo. Os atos periciais passíveis de homologação obrigatória por AMP de instância superior são os originados de inspeções de saúde que gerarão:

a) concessão de reforma por doença capitulada em lei prevista no Inciso V, do art. 108, da Lei 6.880, de 9 DEZ 1980 (tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, SIDA/AIDS e esclerose múltipla);

b) concessão de reforma de acordo com o Inciso III, do art. 106, da Lei 6.880, de 9 Dez 1980 (estiver agregado por mais de 2 (dois) anos por ter sido julgado incapaz, temporariamente, mediante homologação de Junta Superior de Saúde, ainda que se trate de moléstia curável);

c) melhoria de pensão militar conforme previsto no parágrafo único do art. 2º do Decreto nº 79.917, de 8 JUL 1977;

d) LTSP superior a 120 (cento e vinte dias) para Servidores Civis;

e) concessão ou revisão do auxílio invalidez; e

f) concessão da remuneração com base no soldo do grau hierárquico imediato.

15.1.2.2 Compete às Regiões Militares remeter às JISR, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, os atos periciais passíveis de homologação.

15.1.2.3 Diretoria de Saúde

Os atos periciais que devem ser homologados obrigatoriamente, pela Diretoria de Saúde são os originados das inspeções de saúde para fim de:

a. justiça;

b. amparo do estado;

c. movimentação por motivo de saúde;

d. reforma de militar da ativa;

e. habilitação a pensão especial; e

f. alteração da base de cálculo da pensão militar.

15.1.3 PROCEDIMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

15.1.3.1 Junta de Inspeção de Saúde de Recurso

a) a homologação do ato pericial deverá ser realizada mediante análise do contido na cópia de ata exarada pelo MPGu, verificando a sua conformidade com a legislação pertinente e com a documentação nosológica subsidiária.

b) a convocação do inspecionado, para homologação do ato pericial, somente deverá ocorrer em caráter excepcional, quando houver necessidade imperiosa de novo exame médico pericial ou solicitação de outros exames complementares indispensáveis ao pronunciamento da JISR.

c) a homologação será procedida pela emissão de ata de IS homologatória pela JISR, de acordo com o modelo constante do Anexo AC.

d) o prazo máximo para conclusão do ato homologatório não poderá exceder de 10 (dez) dias corridos, a contar do recebimento da cópia de ata, a menos que haja impedimento técnico comprovado, quando será informada, obrigatoriamente, a RM e solicitada, mediante justificativa, a extensão do prazo, que caso concedido pela RM, não poderá exceder de 10 (dez) dias corridos.

e) as JISR ao identificarem inconsistências na cópia de ata a ser homologada, relativas à presença de dados incorretos, divergentes da documentação do inspecionado, remeterá a documentação à RM para sanar a incorreção, de acordo com os procedimentos previstos no Manual do SIPMED.

f) quando a JISR discordar, no aspecto técnico, do parecer contido na ata de inspeção de saúde, não homologará a IS, e solicitará à RM que determine inspeção de saúde em grau de recurso pela JISR. A conclusão da JISR deverá ser emitida, decorridos 03 (três) dias após o ato da inspeção de saúde.

15.1.3.2 Seção de Saúde Regional, Inspetoria de Saúde de Região Militar e Diretoria de Saúde.

a) a homologação do ato pericial deverá ser realizada mediante análise do contido na cópia de ata exarada pelo AMP e do Parecer Técnico (PT), conforme modelo do Anexo I-1, verificando a sua conformidade com a legislação pertinente e com a documentação nosológica subsidiária.

b) a homologação será procedida pela aposição da assinatura do Diretor de Saúde ou do Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas ou do Subdiretor de Saúde ou do Subdiretor Técnico ou do Inspetor de Saúde de Região Militar ou do Chefe de Seção de Saúde Regional, no campo destinado para tal finalidade no PT, de acordo com modelo constante do Anexo I-1.

c) o prazo máximo para conclusão do ato homologatório não poderá exceder de 30 (trinta) dias corridos.

d) a D Sau, a Seção de Saúde Regional ou a Inspetoria de Saúde de Região Militar ao identificar inconsistências na cópia de ata a ser homologada e/ou no PT, relativas à presença de dados incorretos, divergentes da documentação do inspecionado, não homologará o PT, restituirá a documentação para sanar a incorreção e posterior devolução à D Sau ou a Inspetoria de Saúde de Região Militar.

e) quando a Seção de Saúde Regional, a Inspetoria de Saúde de Região Militar ou a D Sau discordar, no aspecto técnico, do parecer contido na ata de inspeção de saúde e/ou no PT, poderá solicitar que determine inspeção de saúde do inspecionado em grau de recurso pela JISR. Se o ato pericial a ser homologado é de uma JISR, a D Sau poderá determinar inspeção de saúde em grau revisional por JISRev. A cópia de ata exarada pela JISR ou pela JISRev será remetida à D Sau, ou a Seção de Saúde Regional ou a Inspetoria de Saúde de Região Militar para fins de homologação.

15.2 RECONSIDERAÇÃO

15.2.1 DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA

a) a reconsideração é o instrumento que faculta ao inspecionado ou à administração requerer a reavaliação do parecer prolatado, pelo mesmo AMP que o exarou.

b) este instrumento aplica-se apenas aos AMP de primeira instância.

15.2.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

15.2.2.1 Do Requerimento

a) o pedido de reconsideração terá que ser, obrigatoriamente, fundamentado por exposição de motivos do requerente e pela apresentação de documentação que justifique sua discordância quanto ao resultado da inspeção a ser reconsiderada, e que possam dar apoio às suas pretensões.

b) caberá a autoridade que determinou a inspeção em primeira instância deferir, ou não, o requerimento.

c) os processos relativos a este tipo de IS serão instruídos, obrigatória e preliminarmente, da seguinte forma:

1) requerimento do interessado ou de seu representante legal, dirigido a autoridade que determinou a inspeção em primeira instância; e

2) o requerimento deverá ter a finalidade enunciada de forma clara e ser circunstanciado, de modo a permitir uma completa apreciação do caso pela autoridade competente, devendo ser instruído por documentos que possam dar apoio às pretensões do requerente.

15.2.2.2 Dos Prazos

a) os militares e servidores civis na ativa possuem o prazo de 15 (quinze) dias corridos, a contar da data da publicação da AIS em Boletim de Acesso Restrito ou Diário Oficial da União, para interporem o pedido de reconsideração.

b) os militares e servidores civis, pensionistas e civis possuem o prazo de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da publicação da AIS em Boletim de Acesso Restrito ou Diário Oficial da União, para interporem o pedido de reconsideração.

c) a Administração militar poderá interpor pedido de reconsideração no prazo de até 30 (trinta) dias corridos.

15.2.2.3 Demais Disposições

a) a solicitação de reconsideração gera efeito suspensivo sobre as consequências administrativas decorrentes do parecer da inspeção de saúde a ser reconsiderada.

b) a reconsideração do AMP deverá ser realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a menos que haja impedimento técnico comprovado, quando será informado, obrigatoriamente, à autoridade que deferiu a reconsideração.

c) o não comparecimento do inspecionado ao AMP encarregado da reconsideração, após sua convocação, no prazo de 30 (trinta) dias corridos implicará no arquivamento da reconsideração.

15.3 REESTUDOS

a. Reestudo é a ação que visa à correção de erros quanto à forma da ata, não podendo produzir mudança quanto ao mérito do parecer exarado, exceto nos casos previsto no Subitem 1.4.35.3 destas Normas.

b. As cópias de Atas de Inspeção de Saúde (AIS) emitidas por agente médico-pericial são passíveis de reestudo por determinação do Chefe do DGP, do Diretor de Saúde, do Comandante da RM ou do Inspetor de Saúde de Região Militar.

c. O reestudo de ato pericial resulta de auditoria realizada por amostragem, mediante consulta ao SIPMED, dentro de 03 (três) dias úteis após a inclusão da cópia da

AIS no sistema, procedida pela SSR da Região Militar a qual o AMP está jurisdicionado ou pela Diretoria de Saúde, quando observada a existência de incorreções no processo pericial.

d. O AMP deve exarar a cópia de ata de inspeção de saúde 03 (três) dias úteis após a realização da IS, visando permitir as ações de auditoria e o recebimento de orientações oriundas da SSR ou da D Sau sobre a necessidade, ou não, de correção daquele ato, o que não ocorrendo no prazo acima indicado, significará que o ato pericial se encontra apto para liberação, podendo ser expedida a cópia de ata de inspeção de saúde.

e. Os reestudos, também, poderão ocorrer em consequência da análise dos processos que tramitem nas SSR, nas Inspetorias de Saúde de Região Militar e na D Sau.

f. As incorreções relativas a nome, número da identidade, OM de vinculação e finalidade da inspeção, bem como possíveis erros ou equívocos nos pareceres são as principais razões para a solicitação de reestudos, não sendo passíveis de recusa por parte dos AMP, pois visam corrigir estes erros, evitando restituições e atrasos no seu prosseguimento.

g. As incorreções relativas a inconsistências dos diagnósticos lançados na ata ou a ausência de dados e informações obrigatórias, fixadas nestas normas técnicas, também não são passíveis de recusa pelos AMP.

h. Os exemplos a seguir orientam o contido no parágrafo anterior:

1) falta da citação do membro acometido, se esquerdo ou direito;

2) ausência de diagnóstico que possa contribuir para o parecer, sendo tal diagnóstico referido na ficha registro de dados da inspeção;

3) citar diagnóstico que conduza à doença capitulada em lei, sem a citação expressa desta condição após o diagnóstico. Exemplo: Demência senil (alienação mental);

4) deixar de lançar a data de início de doença, quando exigido, ou lançar incorretamente, quando a mesma estiver definida de forma clara na documentação médica;

5) indicar diagnóstico não relacionado ao parecer como justificativa para a emissão do parecer; e

6) deixar de lançar no campo observações as expressões previstas nestas NT.

15.4 INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE RECURSO

15.4.1 DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA

a. A inspeção de saúde em grau de recurso (ISGRcs) é o procedimento que faculta ao inspecionado ou ao seu representante legal ou a Administração Militar a requerer a realização de nova inspeção para a mesma finalidade, por JISR.

b. A ISGRcs é aquela relativa à IS efetuada por Médico Perito de Organização Militar (MPOM), Médico Perito de Guarnição (MPGu), Junta de Inspeção de Saúde Especial (JISE).

15.4.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

15.4.2.1 DO REQUERIMENTO

a. O pedido de ISGRcs terá que ser, obrigatoriamente, fundamentado por exposição de motivos do requerente e pela apresentação de documentação que justifique sua discordância quanto ao resultado da inspeção recorrida, e que possam dar apoio às suas pretensões.

b. Caberá a autoridade que receber o requerimento de inspeção de saúde em grau de recurso das inspeções realizadas por MPOM, MPGu e JISE, encaminhá-lo pelo

canal de comando, se preenchidas as formalidades legais, a quem tiver competência para determinar a referida inspeção, conforme o prescrito no inciso II do Art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

1) Comandante do Exército;
2) Chefe do Estado-Maior do Exército;
3) Comandante de Operações Terrestres;
4) Comandante Militar de Área;
5) Chefe de Órgão de Direção Setorial;
6) Diretor de Saúde;
7) Comandante de Região Militar; e
8) Chefe ou Diretor de Organização Militar de Saúde.

c. Quando se tratar de ISGRcs das inspeções realizadas por JISR, as autoridades competentes para determinar a IS são as constantes do inciso I do art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

1) Comandante do Exército; e
2) Chefe do Departamento-Geral do Pessoal.

d. Os processos relativos a este tipo de IS serão instruídos, obrigatória e preliminarmente, da seguinte forma:

1) requerimento do interessado ou de seu representante legal, dirigido a uma das autoridades acima citadas, no caso de militares ou servidores civis da ativa ou especificamente aos Comandantes de Regiões Militares, no caso de militares e servidores civis inativos, pensionistas e civis;

2) os requerimentos para ISGRcs contra os pareceres de JISR são dirigidos ao Comandante do Exército ou Chefe do Departamento-Geral do Pessoal;

3) o requerimento deverá ter a finalidade enunciada de forma clara e ser circunstanciado, de modo a permitir uma completa apreciação do caso pela autoridade competente, devendo ser instruído por documentos que possam dar apoio às pretensões do requerente; e

4) a autoridade que encaminhar o requerimento, deverá anexar a cópia da ata de inspeção de saúde recorrida e efetuar apuração preliminar sobre as alegações e acrescentar comentários sobre atos e fatos administrativos pertinentes.

15.4.2.2 DOS PRAZOS E DEMAIS DISPOSIÇÕES

a. Os militares e servidores civis na ativa possuem o prazo de 15 (quinze) dias corridos, a contar da data da publicação da AIS em Boletim de Acesso Restrito ou Diário Oficial da União, para interporem o pedido de inspeção de saúde em grau de recurso ou em grau de revisão.

b. Os militares e servidores civis, pensionistas e civis possuem o prazo de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da publicação da AIS em Boletim de Acesso Restrito ou Diário Oficial da União, para interporem o pedido de inspeção de saúde em grau de recurso ou em grau de revisão.

c. A Administração militar poderá interpor pedido de recurso a qualquer tempo, quando discordar do parecer exarado em uma inspeção realizada em primeira instância.

d. O prazo para interposição de pedido de inspeção de saúde em grau de recurso ou em grau de revisão das inspeções de saúde realizadas nas comissões de seleção é de 2 (dois) dias úteis ou conforme estabelecido em edital.

15.4.2.3 DEMAIS DISPOSIÇÕES

a. A solicitação de ISGRcs não gera efeito suspensivo sobre as consequências administrativas decorrentes do parecer da inspeção de saúde recorrida, cabendo efeito

devolutivo, caso o pronunciamento do AMP encarregado da ISGRcs altere o parecer exarado na IS recorrida.

b. A conclusão do AMP de instância superior deverá ser emitida no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a contar do recebimento do recurso, a menos que haja impedimento técnico comprovado, quando será informado, obrigatoriamente, à autoridade que determinou a ISGRcs e solicitada, mediante justificativa, a extensão do prazo, que caso concedido pela autoridade, não poderá exceder de 30 (trinta) dias corridos.

c. O não comparecimento do requerente ao AMP encarregado da ISGRcs, após sua convocação, no prazo de 30 (trinta) dias corridos implicará no cancelamento do Recurso, mantendo-se o parecer da IS recorrida.

d. Quando um AMP de instância superior reformular o parecer de uma IS realizada por AMP de instância inferior, deverá enviar cópia da nova ata a essa instância para que lhe sirva como referência, em casos similares.

e. Havendo recurso da inspeção prevista na letra “a” e “b” do subitem 13.2.1 destas normas, e sendo o requerimento deferido, o candidato será encaminhado à JISR que realizará o cadastro, o agendamento e a inspeção de saúde, no SIPMED, com a finalidade “convocação/incorporação”, uma vez que aquela inspeção (recorrida) não constam no SIPMED.

15.5 INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU REVISIONAL

15.5.1 DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA

a. A inspeção de saúde em grau revisional (ISGRev) é o procedimento que faculta ao inspecionado ou a administração militar requerer a realização de nova inspeção para a mesma finalidade, por JISRev.

b. A realização deste tipo de IS é atribuição da JISRev.

15.5.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

15.5.2.1 DO REQUERIMENTO

a. O pedido de ISGRev terá que ser, obrigatoriamente, fundamentado por exposição de motivos do inspecionado ou da autoridade da administração militar requerente que justifique sua discordância quanto ao resultado da inspeção a ser revisada.

b. A autoridade que requerer a ISGRev encaminhará o requerimento para a autoridade do escalão imediatamente superior com competência para determinar a referida ISGRev.

c. No caso da autoridade requerente possuir, também, competência para determinar a referida ISGRev, a mesma procederá a determinação da inspeção, mediante publicação em boletim.

d. São autoridades competentes para determinar ISGRev as previstas no inciso II do Art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

1) Comandante do Exército;
2) Chefe do Estado-Maior do Exército;
3) Comandante de Operações Terrestres;
4) Comandante Militar de Área;
5) Chefe de Órgão de Direção Setorial;
6) Diretor de Saúde;
7) Comandante de Região Militar; e
8) Chefe ou Diretor de Organização Militar de Saúde.

e. Quando se tratar de ISGRev das inspeções realizadas por JISR, as autoridades competentes para determinar a IS são as constantes do inciso I do Art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

a. Comandante do Exército; e

b. Chefe do Departamento-Geral do Pessoal.

f. Os processos relativos a este tipo de IS serão instruídos, obrigatória e preliminarmente, da seguinte forma:

1) requerimento da autoridade da administração militar que solicitou a ISGRev dirigido a uma das autoridades acima citadas;

2) o requerimento deverá ter a finalidade enunciada de forma clara e ser circunstanciado, de modo a permitir uma completa apreciação do caso pela autoridade competente; e

3) a autoridade que encaminhar o requerimento, deverá anexar a cópia da ata de inspeção de saúde a ser revisada.

15.5.2.2 DOS PRAZOS E DEMAIS DISPOSIÇÕES

a. Os militares e servidores civis na ativa possuem o prazo de 15 (quinze) dias corridos, a contar da data da publicação da AIS em Boletim de Acesso Restrito ou Diário Oficial da União, para interporem o pedido de inspeção de saúde em grau revisional.

b. Os militares e servidores civis, pensionistas e civis possuem o prazo de 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data da publicação da AIS em Boletim de Acesso Restrito ou Diário Oficial da União, para interporem o pedido de inspeção de saúde em grau revisional.

c. A Administração militar poderá interpor pedido de inspeção de saúde em grau revisional a qualquer tempo, quando discordar do parecer exarado em uma inspeção realizada por JISR.

b. A solicitação de ISGRev não gera efeito suspensivo sobre as consequências administrativas decorrentes do parecer da inspeção de saúde recorrida, cabendo efeito devolutivo, caso o pronunciamento do AMP encarregado da ISGR altere o parecer exarado na IS revisada.

c. A conclusão do AMP de instância superior deverá ser emitida no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a contar do recebimento do pedido de revisão, a menos que haja impedimento técnico comprovado.

d. A não apresentação do inspecionado pela autoridade a quem estiver subordinado ou vinculado, para realização da ISGRev, no prazo de 30 (trinta) dias corridos, a contar do pedido de comparecimento realizado pelo AMP inspecionador, implicará na restituição da documentação à autoridade que determinou a ISGRev.

e. Quando um AMP de instância superior reformular o parecer de uma IS realizada por AMP de instância inferior, deverá enviar cópia da nova ata a essa instância para que lhe sirva como referência, em casos similares.

VOLUME XVI

DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 DAS RESPONSABILIDADES DOS AMP

16.1.1 Zelar pelo cumprimento da legislação pericial em vigor.

16.1.2 Manter os documentos sobre legislação pericial disponíveis e em boas condições para o manuseio.

16.1.3 Controlar os recursos de informáticas existentes na sede do AMP.

16.1.4 Organizar e manter em ordem os arquivos de documentos periciais.

16.1.5 Responder pela carga e pela conservação do material distribuído ao AMP.

16.1.6 Certificar-se de que todo material necessário a atividade pericial esteja disponível e em condições de uso, com destaque para o material de emprego médico.

16.1.7 Zelar para que todos os documentos tenham padrão de nitidez adequado, permitindo, inclusive, a microfilmagem, e não contenham rasuras ou emendas. As alterações necessárias serão feitas a carmim, datadas e assinadas pelos AMP responsáveis pelas alterações.

16.2 DAS RESPONSABILIDADES DOS INSPECIONADOS

16.2.1 Controlar a validade de suas Inspeções de Saúde (IS).

16.2.2 Cumprir todas as restrições constantes dos pareceres periciais para melhoria dos seus respectivos estados de saúde.

16.2.3 Comparecer ao AMP na data marcada para atendimento ou ato pericial, podendo sua falta ser considerada transgressão disciplinar.

16.3 DAS REVISÕES DESTAS NORMAS TÉCNICAS

16.3.1 As revisões destas Normas advirão das necessidades de correção, atualização, legalidade ou outros motivos, com amparo na legislação existente ou que venha a ser criada e serão realizadas a critério da autoridade competente.

16.3.2 A Diretoria de Saúde, conforme Art. 6º das Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército (IRPMEx), aprovadas pela Portaria nº 215-DGP, de 1º de setembro de 2009, é o órgão de apoio setorial técnico-normativo que tem a atribuição de proceder às revisões e alterações pertinentes.

16.4 DO ARQUIVO E DA COLETA DE DADOS

16.4.1 As sedes dos AMP devem dispor de local adequado para arquivamento dos documentos periciais produzidos no Sistema Informatizado de Perícias Médicas (SIPMED), com destaque para o Livro Ata de Inspeção de Saúde, as Fichas Registro de Dados do Inspecionado (FiRDI) e a documentação médica dos inspecionados, utilizando-se de arquivos individuais e nominais para cada inspecionado, observada as salvaguardas de assuntos sigilosos.

16.4.2 A coleta de dados para todos os fins que se julgar necessários, será obtida mediante consulta ao SIPMED e realizada de acordo com os diversos níveis de acesso existentes no sistema.

16.5 DA LEGISLAÇÃO BÁSICA

PUBLICAÇÃO	ALTERAÇÕES
Lei nº 2.579, de 23 de agosto de 1955 Amparo aos ex-combatentes da FEB julgados Inválidos ou Incapazes, definitivamente, para o Serviço Militar.	
Lei nº 3.738, de 4 de abril de 1960 Pensão Especial à viúva de militar ou funcionário atacada de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave e SIDA.	
Lei de Pensões Militares Lei n° 3.765/1960	Lei nº 8.216/1991
Lei n° 4.375/1964 - Lei do Serviço Militar.	Lei n° 4.754/1965 e pelos Decretos-Lei n° 549/1969; 715/1969; 899/1969 e 1.786/1980.
Lei n° 5.195/1966 - Promoção de militar falecido.	
Lei nº 5.292, de 8 de junho de 1967 Lei da Prestação do Serviço Militar pelos Estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos MFDV.	
Lei n° 5.315/1967 - Ex-combatente Regulamentação da Constituição Brasileira.	
IV - Lei nº 6.782, de 19 de maio de 1980 equipara ao acidente em serviço as doenças profissionais e as especificadas em Lei, para efeito de Pensão Especial e dá outras providências.	
Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de1980 ESTATUTO DOS MILITARES	Dec nº 92.092, de 09 DEZ 85 e pelas Leis nº 7.580/1986; 7.666/1988; 7.698/1988; 9.297/1996; 9.442/1997; pela EC nº 18/1998, pela Lei nº 10.416/2002 e MP nº 2.215/2001.
Lei n° 7.580/1986 Reforma de militar na Reserva Remunerada.	
Lei n° 7.713/1988 - Imposto de Renda.	Leis n° 8.541/1992, n° 9.250/1995 e 11.052/2004.
Lei no 8.059, de 4 de julho de 1990 Pensão Especial devida aos Ex-combatentes da 2ª Guerra Mundial e seus Dependentes.	

Lei nº 7.670/1988 Estende benefícios aos portadores	

SIDA/AIDS	
Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais.	
Medida Provisória No 2215-10, de 31 AGO 01 (Dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas)	
Lei nº 9.029/1995 Proíbe discriminação por gravidez.	
Decreto n° 57.272/1965 Define a conceituação de Acidente em Serviço e dá outras providências.	Decretos 64.517/1969 e 90.900/1985.
Decreto n° 57.654/1966 Regulamento da Lei do Serviço Militar.	Decretos nº 58.759/1966, 76.324/1975, 93.670/1986, 627/1992 e 1.294/1994.
Decreto nº 60.822, de 7 de junho de 1967, Instruções Gerais para a Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas (IGISC).	Decreto n° 703, de 22 de dezembro de 1992.
Decreto nº 74.846, de 6 de novembro de 1974, Obrigatoriedade de Inspeção de Saúde do Servidor Público Civil ou Militar indicado para a Missão no Exterior.	
Decreto n° 79.917/1977 (Regulamenta o art. 22 da Lei n° 3.765/1960) Pensões Militares.	
REGULAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DO EXÉRCITO Decreto 98820, de 12 Jan 90.	
Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 2003 Integração da Pessoa Portadora de Deficiência	
Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002 (Regulamenta a Medida Provisória nº 2215-10 de 31 de agosto de 2001) Reestrutura da Remuneração dos Militares das Forças Armadas.	
Portaria n° 3.214/1978 do Ministério do Trabalho Atividades Insalubres.	
Portaria nº 041-DEP, de 17 de maio de 2005 Normas para Inspeção de Saúde dos Candidatos à Matrícula nos Estabelecimentos de Ensino Subordinados ao Departamento de Ensino e Pesquisa.	Portaria nº 043-DEP, de 19 de maio de 2008

Portaria do Comandante do Exército nº 470, de 17 de setembro de 2001 Instruções Gerais para a Concessão de Licença aos Militares da Ativa do Exército.	
Portaria do Comandante do Exército nº 679 e 770, de 7 DEZ 11 Instruções Gerais para a Correspondência, as Publicações e os Atos Administrativos no Âmbito do Exército	
Portaria do Comandante do Exército nº 816, de19 de dezembro 2003 REGULAMENTO INTERNO E DOS SERVIÇOS GERAIS.	Portaria Cmt Ex nº 109/2008, 319/2008, nº 448/2008, 749/12
Portaria Normativa n° 047 21 JUL 16 do Ministério da Defesa (Aprova as Normas para Avaliação de Incapacidade decorrentes de doenças especificadas em Lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas).	
Portaria nº 1.675, 6 de outubro de 2006, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Manual para o Serviço de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais.	
Portaria nº 047 DGP, de 30 AGO 12 INSTRUÇÕES REGULADORAS PARA MOVIMENTAÇÃO DE OFICIAIS E PRAÇAS DO EXÉRCITO	
Portaria nº 566 – Comandante do Exército, de 13 de agosto de 2009 – Instruções Gerais para Perícias Médicas no Exército - IGPMEx (IG 30-11)	
Portaria nº 215 – DGP, de 1º de setembro de 2009 – Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército - IRPMEx (IR 30-33)	
Manual C21-30 ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E CONVENÇÕES CARTOGRÁFICAS 4ª Edição - 2002	

16.6 DA BIBLIOGRAFIA

a) ANMP: Associação Nacional de Médicos Peritos da Previdência Social. Disponível em: <http://www.anmp.org.br>. Acesso em: jul. 2009.

b) Código de Ética Médica - CFM: Conselho Federal de Medicina - Resolução CFM nº 1.931/09, de 24 SET 09.

c) Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia, Ministério da Previdência - Instituto Nacional do Seguro Social. Brasília, 2008.
d) Doenças Relacionadas ao Trabalho, Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Série A, Normas e Manuais Técnicos; nº 114 - Ministério da Saúde, Brasília, 2001
e) Estabelecimento de Nexo Causal e Técnico em Doenças Profissionais e do Trabalho, Instituto Nacional do Seguro Social - Diretoria Colegiada, Resolução nº DC 10, de 22/12/1999.
f) EPIPHANIO, E. B.; VILELA J. R. P. X. et al. Perícias Médicas, Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
g) FRANÇA, G. V. Medicina Legal. 8. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2008.
h) Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde - ICA 160-1 (IRIS), Ministério da Defesa - Comando da Aeronáutica - Diretoria de Saúde, Rio de Janeiro, 2003.
i) Instruções Técnicas das Inspeções de Saúde na Aeronáutica - ICA 160-6, Ministério da Defesa - Comando da Aeronáutica - Diretoria de Saúde, Rio de Janeiro, 2009.
j) Manual de Perícia Médica/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação de Recursos Humanos. - 2. ed.rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
k) Manual de Perícia Médica dos Servidores da Administração Direta e Autárquica do Poder Executivo. Secretaria de Estado da Administração do Governo do Paraná - Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, Curitiba, 2005.
l) Regulamento das Perícias Médicas no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – Governo do Distrito Federal – Brasília, 2004.
m) Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha - DGPM-406, 4ª rev, Ministério da Defesa - Comando da Marinha do Brasil - Diretoria de Saúde da Marinha, Rio de Janeiro, 2009.
n) RODRIGUES, S. F.; CARDOSO,I S., NAKANO, S. M. S., BRAGA, B. E. et al. (Coords.). CFM: Conselho Federal de Medicina. Perícia Médica. Goiânia, 2007.

16.7 DAS RECOMENDAÇÕES

16.7.1 O julgamento médico de cada perito em atividade no Serviço de Saúde do Exército deve prevalecer acima de tudo, os padrões especificados nestas normas servem apenas como subsídios às decisões emanadas.

16.7.2 As dúvidas e omissões quanto aos procedimentos a serem adotados em uma determinada inspeção de saúde, que não sejam sanadas à luz destas Normas, serão resolvidas mediante solicitação de orientação encaminhada à Diretoria de Saúde do Exército.

ANEXO A - Validade das Inspeções de Saúde e Exames Periódicos.

<table>
<tr><th colspan="3">INSPEÇÃO DE SAÚDE (AMP) - SIPMED</th></tr>
<tr><th>FINALIDADE</th><th>CATEGORIA</th><th>PRAZO</th></tr>
<tr><td>Controle Periódico de Saúde (CPS).</td><td>Militar de carreira em serviço ativo.</td><td>36 meses.*</td></tr>
<tr><td>Operador (a) de radiação ionizante.</td><td>Militar / Civil</td><td>6 meses.</td></tr>
<tr><td>Operador (a) com antineoplásico.</td><td>Militar / Civil</td><td>6 meses.</td></tr>
<tr><td>Verificação da Capacidade Laborativa (VCL).</td><td>Militar da ativa.</td><td>12 meses</td></tr>
<tr><td>Permanência ou Saída do Serviço Ativo.</td><td>Militar temporário.</td><td>12 meses.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Isenção de Imposto de Renda.</td><td>Doença passível de cura ou controle.</td><td>Até 5 anos**.</td></tr>
<tr><td>Doença não passível de cura ou controle.</td><td>Indeterminado.</td></tr>
<tr><td>Verificação do Perfil Nosológico (VPN).</td><td>Militar inativo.</td><td>12 meses.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Acompanhamento de Encostado para tratamento de saúde.</td><td>Até 90 dias.</td></tr>
<tr><td>Justiça e disciplina.</td><td>Militar / Civil.</td><td>O critério é judicial.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Designação para Sv Atv e PTTC</td><td>A cada renovação</td></tr>
<tr><td colspan="2">Demais finalidades.</td><td>12 meses.</td></tr>
</table>

* Para os portadores do diagnóstico CID-10 Z21 e R75, a periodicidade da inspeção de saúde deve ser de 12 meses.
** A Administração deve observar as recomendações vigentes da PGFN/RF/Ministério da Fazenda, orientado não suspender o benefício com base no prazo de validade do laudo médico pericial, na contemporaneidade dos sintomas e/ou na recidiva da moléstia grave.

<table>
<tr><th colspan="3">EXAME PERIÓDICO (MÉDICO ATENDENTE) - SIRMED</th></tr>
<tr><th>FINALIDADE</th><th>CATEGORIA</th><th>PRAZO</th></tr>
<tr><td>Manipulador (a) de Explosivos.</td><td>Militar / Civil.</td><td>6 meses.</td></tr>
<tr><td>Motoristas.</td><td>Militar / Civil</td><td>3 anos.*</td></tr>
<tr><td>Taifeiros/Pessoal de Rancho.</td><td>Manipuladores de alimentos.</td><td>6 meses.</td></tr>
</table>

* Serão submetidos obrigatoriamente ao exame toxicológico os motoristas das categorias C, D e E, nas seguintes situações: quando estiver no processo de obtenção da Habilitação; na renovação de sua Carteira Nacional de Habilitação; e, na metade do período de validade da habilitação.

ANEXO B - Modelo de DIEx de Apresentação para inspeção de saúde de militares.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

DIEx nº XXX – XXX/XXX/XXXXX
EB: 00000.000000/0000-00 **(NUP/NUD)**
PRIORIDADE

Local e data.

Do XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Ao Sr XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Assunto: inspeção de saúde
Referência: BI ou Doc Oficial que publicou a Ord de Insp
Anexo: AO, ISO e/ou outros Doc, se for o caso

Apresento a esse AMP, com a finalidade de realização de inspeção de saúde para fim de _________________, conforme publicado no expediente supra-referenciado, o (a) ____ (nome social, se for o caso), e portador dos seguintes dados pessoais:

a. Nr da Identidade:
b. Prec-CP;
c. Endereço:
d. Nr CPF:
e. Data de Nascimento:
f. Filiação:
g. Endereço eletrônico (facultativo):
h. Categoria do inspecionado:
i. Posto/Graduação:
j. Data de Praça:
k. Data Última Promoção:
l. Data Provável do Licenciamento ou Término do Reengajamento:
m. Início / Término de LTS:
1) Trata-se da (1ª, 2ª, 3ª) prorrogação da LTS.
2) Início da 1ª concessão: ____/_______/____.
n. Função exercida atualmente:
o. é (ou não é) portador de DSO. (caso positivo anexar cópia do mesmo)

____
Cmt/Ch/Dir

ANEXO C - Modelo de Ofício de Convocação.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

(ENDEREÇO COMPLETO)
(TELEFONE, FAX E CORREIO ELETRÔNICO)

Ofício nº XXX – XXX/XXX/XXXXX
EB: 00000.000000/0000-00 **(NUP/NUD)**

Local e data.

A Sua Excelência o Senhor
(Posto ou título, se for o caso) (NOME COMPLETO)
(Cargo do Destinatário)
(Endereço completo do Destinatário)

Assunto: **(em negrito)**

(Vocativo), Exmo Sr/ Senhor ______________________

Em atenção à determinação de autoridade competente para que V Exa/V Sa seja submetido(a) à inspeção de saúde por este Agente Médico Pericial (AMP), solicito comparecer para atendimento sobre a realização do ato pericial, de acordo com as seguintes condições:

IDENTIFICAÇÃO do INSPECIONADO: ________________________, (Nome, nome social, se for o caso, Idt e CPF).

LOCAL (onde será realizado o atendimento): Sede do AMP (Identificação do AMP);

DATA: ______/ _________/ ________;

HORÁRIO: ___:___ hs;

TELEFONE DE CONTATO: ______________.

2. Solicito, ainda, a V Exa/V Sa, portar todos os exames e laudos recentes que possuir, para avaliação deste AMP.

3. Esta é a 1ª (2ª / 3ª e última) convocação.

Atenciosamente

____
Nome do AMP
MPGu/JISE/JISR_________

ANEXO D - Modelo de Termo de Consentimento.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,____,
(Inspecionado, nome social, se for o caso)
______________, ____________________, ______________________, ________________,
(Posto/Grad) (Idt) PF) (Categoria)
nascido a _____/_____/______ abaixo-assinado, DECLARO estar ciente do contido nas Instruções Gerais para Perícias Médicas no Exército IGPMEx e AUTORIZO a inclusão de documentação nosológica e exames complementares sobre meu estado de saúde, bem como a emissão de diagnóstico alfa-numérico ou por extenso, conforme o previsto na Classificação Internacional de Doenças em vigor, nos processos médico-periciais por mim requeridos ou pela Administração Pública; resguardadas as recomendações éticas vigentes.

Cidade, ____ de _________ de _____.

____
Inspecionado ou Representante Legal

____
Perito/Auxiliar do AMP

____
Testemunha

ANEXO E - Modelo de Cópia de Ata de Inspeção de Saúde.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE nº ______/ _____

A(O) MPGu/Brasília (Cmdo 11ª RM) inspecionou na sessão XXX/____ o(a) abaixo identificado(a) , que lhe foi apresentado por ordem de autoridade competente e, sobre seu estado de saúde, proferiu o parecer a seguir discriminado:

IDENTIFICAÇÃO:				
Posto/ Grad:	**Nome:**	Nome Social:	**Situação:**	**Categoria:**
Identidade:	**Data de Nascimento:** / /	**Naturalidade:**		**CPF:**
DADOS COMPLEMENTARES:				
Organização Militar:	**Documento de Encaminhamento: DIEx nº** ____, de ___/____/______			
FINALIDADE:				

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC):			
Peso (Kg):	**Altura (m):**	**IMC:**	**Classificação:**
DIAGNÓSTICOS:			
/ CID-10 .			
PARECER:			
Diagnóstico(s) utilizado(s) para emissão do Parecer:			
OBSERVAÇÃO:			

Sala de Sessões MPGu /___________) -feira, ___ de _______ de ____

____

Médico Perito , xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx , Cap, Idt:xxxxxxxxxx/MD , CRM:xxxxx

Confere com a original, em ____ / ___________ / ________

____

Médico Perito

Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO F - Modelo de Comunicação de Inspeção de Saúde.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

COMUNICAÇÃO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE: Nº ____ / _____ Sessão: XXX /______

A(O) MPGu/________ (xxxxxxxx) inspecionou, na presente sessão o abaixo declarado, que lhe foi apresentado, por ordem de autoridade competente, cujo parecer será encaminhado à autoridade que determinou a inspeção.

IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES:			
Posto/Graduação:	**Nome:**	Nome Social:	**Nr Controle:**
Identidade:	**Data de Nascimento:**	**Naturalidade:**	
Organização Militar:		**CPF:**	
FINALIDADE:			

Sala da Sessão do MPGu/ _______ (   ), ____/________/_____

____

Médico Perito: , Cap, Idt: /MD CRM:

IMPORTANTE: o inspecionado poderá acompanhar a tramitação do processo na página da D Sau, endereço eletrônico http://dsau.eb.mil.br, opção: Sistemas, opção: SIPMED usuário; em seguida, digitar o Nr de Controle e CPF constantes do campo "Identificação e Dados Complementares" desta Comunicação.

ANEXO G - Modelo de Ficha de Registro de Dados de Inspeção.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

FICHA DE REGISTRO DE DADOS DE INSPEÇÃO: ____(AMP)/_________(cidade) (OM)

<table>
<tr><th colspan="6">IDENTIFICAÇÃO</th></tr>
<tr><td>Posto/Grad:</td><td colspan="2">Nome:</td><td>Nome Social:</td><td colspan="2">Situação:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Identidade:</td><td>Data de Nascimento: / /</td><td colspan="3">Naturalidade:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Filiação: Pai: Mãe:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Endereço: - CEP:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Tel:</td><td>CPF:</td><td colspan="3">E-Mail:</td></tr>
<tr><th colspan="6">DADOS COMPLEMENTARES:</th></tr>
<tr><td colspan="2">Organização Militar:</td><td colspan="4">Ofício de Encaminhamento:</td></tr>
<tr><th colspan="6">FINALIDADE</th></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><th colspan="6">ANAMNESE E EXAME CLÍNICO GERAL</th></tr>
<tr><td colspan="2">PA:</td><td>FC:</td><td>FR:</td><td colspan="2">Temperatura:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sinais e sintomas atuais:</td></tr>
<tr><td colspan="6">História patológica pregressa:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Aspecto Geral:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sistema Respiratório:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sistema Cardiovascular:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sistema Digestivo:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sistema Osteomuscular:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Pele e anexos:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sistema Nervoso:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sistema Urogenital:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Sistema Endócrino:</td></tr>
<tr><td colspan="6">Outros Sistemas:</td></tr>
<tr><th colspan="6">ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC):</th></tr>
<tr><td colspan="2">Peso (Kg):</td><td>Altura (m):</td><td>IMC:</td><td colspan="2">Classificação:</td></tr>
<tr><th colspan="6">SUMÁRIO DE LAUDOS ESPECIALIZADOS E DE EXAMES COMPLEMENTARES</th></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><th colspan="6">DIAGNÓSTICOS:</th></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><th colspan="6">PARECER:</th></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><th colspan="6">OBSERVAÇÃO</th></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
</table>

Sala de Sessões Médico Perito/ ( ), segunda-feira, ____ de _________________ de _____.

____

Médico Perito , , Cap, /MD, CRM

Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO H - Modelo de Pedido de Laudo ou Exame Especializado.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

PEDIDO DE LAUDO ESPECIALIZADO

CLÍNICA/SERVIÇO: ____________________

NOME____ (nome social, se for o caso)

Posto/Grad ___________________________ **Idt:** ______________________________

Médico SOLICITANTE:____

QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS:

____

____

____

____

DADOS CLÍNICOS:

____

____

____

____
DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CONCLUSÃO DO LAUDO ESPECIALIZADO E RESPOSTA AOS QUESITOS

____

____

____

____

Brasília, _____/_____/_____

____
Emissor do laudo

____
Visto do Chefe da Clínica/Serviço

ANEXO I - Modelo de Parecer Técnico a ser Homologado pela D Sau.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

HOMOLOGAÇÃO

HOMOLOGO O PARECER TÉCNICO Nr xxx / 2010 sobre o processo do(a) Cap XXXX XXXXXXXXXXX, Idt xxxxxxxxxx, do(a) XXXXX, de acordo com o art 23 das IR 30-33, aprovadas pelo Port Nr XXX-DGP, de XXXXXXXXX.

Brasília - DF, ____ /___________ / ___

Gen Bda Med XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Idt XXXXXXXXXXMD/EB , CRM -XXXXXXXXXXXX

Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas DSau

PARECER TÉCNICO Nr XXX / ______

1.Processo em que o(a) Cap XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Idt XXXXXXXXXXX, do(a) 510º BI Mtz, foi inspecionado(a) para fim de XXXXXXXXXXX pelo MPGu/ ______( ), que na sessão Nr xxx, de __/___/_____, prolatou o que se segue (fl xx):

a. DIAGNÓSTICOS:
b. PARECER
Diagnóstico(s) utilizado(s) para emissão do Parecer:
c. OBSERVAÇÃO

2.Analisando o(s) diagnóstico(s) e o parecer emitidos pelo MPGu / _____ ( ), a homologação da inspeção pela JISR/___RM ( ) e a documentação nosológica anexa ao presente processo, sou de parecer técnico favorável ao(s) pronunciamento(s) do(s) AMP supracitado(s).

3. OUTRAS INFORMAÇÕES

Brasília, sexta-feira, ___ de ____________ de ______

XXXXXXXXXXXXXXXXXX – Cel Med
Idt - XXXXXXXXXXX/MD , CRM – XXXXXXXX / Ch SSR/___ RM

Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO I-1 - Modelo de Parecer Técnico a ser Homologado pela Região Militar.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

HOMOLOGAÇÃO

HOMOLOGO O PARECER TÉCNICO Nr xxx / 2017 sobre o processo do(a) Cap XXXX XXXXXXXXXXX, Idt xxxxxxxxxx, do(a) XXXXX, de acordo com o art 23 das IR 30-33, aprovadas pelo Port Nr XXX-DGP, de XXXXXXXXX.

Brasília - DF, ____ /__________ / ___

____

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Posto/Med
Idt XXXXXXXXXXMD/EB , CRM -XXXXXXXXXXXX

Inspetor de Saúde de RM

PARECER TÉCNICO Nr XXX / ______

1.Processo em que o(a) Cap XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Idt XXXXXXXXXXX, do(a) 510º BI Mtz, foi inspecionado(a) para fim de XXXXXXXXXXX pelo MPGu/ ______( ), que na sessão Nr xxx, de __/___/_____, prolatou o que se segue (fl xx):

a. DIAGNÓSTICOS:
b. PARECER
Diagnóstico(s) utilizado(s) para emissão do Parecer:
c. OBSERVAÇÃO

2.Analisando o(s) diagnóstico(s) e o parecer emitidos pelo MPGu / _____ ( ), a homologação da inspeção pela JISR/___RM ( ) e a documentação nosológica anexa ao presente processo, sou de parecer técnico favorável ao(s) pronunciamento(s) do(s) AMP supracitado(s).

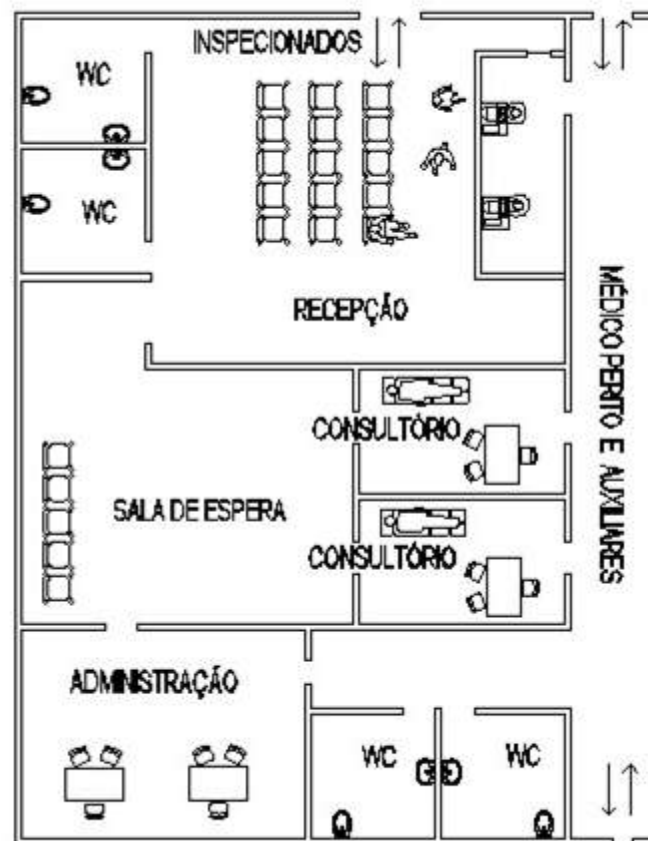
3. OUTRAS INFORMAÇÕES

Brasília, sexta-feira, ___ de ___________ de ______

____

XXXXXXXXXXXXXXXXXX – Posto / Med
Idt - XXXXXXXXXXX/MD , CRM – XXXXXXXX / Ch SSR/___ RM

Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO J - Sugestão de planta baixa para local de funcionamento da Seção de Perícias Médicas.

ANEXO K - Padrões Psicofísicos.

CAUSAS DE INCAPACIDADE PARA MATRÍCULA NA ACADEMIA MILITAR DAS AGULHAS NEGRAS, NA ESCOLA PREPARATÓRIA DE CADETES DO EXÉRCITO E NOS CURSOS DE FORMAÇÃO DE SARGENTOS.

1.1 As doenças que motivam a isenção definitiva dos conscritos para o Serviço Militar - Anexo II das Instruções Reguladoras para Inspeção de Saúde de Conscritos das Forças Armadas (IGISC), no que couber.

1.2 Altura inferior a 1,60 m para o sexo masculino ou inferior a 1,55m para o sexo feminino. Este critério não se aplica aos candidatos até 16 anos de idade, desde que possuam altura mínima de 1,57 m e exame especializado revele a possibilidade do crescimento, conforme o contido no inciso XIII do Art. 2º da Lei nº 12.705, de 8 de agosto de 2012.

1.3 Peso desproporcional à altura, tomando-se por base a diferença de mais de 10 entre a altura (número de centímetros acima de 1m) e o peso (em quilogramas), para candidatos com altura inferior a 1,75m e de mais de 15 para os candidatos de altura igual ou superior a 1,75m. Estas diferenças, entretanto, por si só, não constituem elemento decisivo para o AMP, o qual as analisará em relação ao biótipo e outros parâmetros do e xame físico, tais como: massa muscular, constituição óssea, perímetro torácico, etc.

1.4 Pés planos espásticos e demais deformidades dos pés, incompatíveis com o exercício das atividades militares.

1.5 Reações sorológicas positivas para sífilis, doença de Chagas e hepatite sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças na fase aguda ou necessitando de tratamento hospitalar.

1.6 Reações sorológicas positivas para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquela doença.

1.7 Campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões graves anteriores.

1.8 Acuidade visual menor que 0,3 (20/67), em ambos os olhos, sem correção, utilizando-se a escala de Snellen, desde que, com a melhor correção possível, através de uso de lentes corretoras ou realização de cirurgias refrativas, não se atinja índices de visão igual a 20/30 em ambos os olhos, tolerando-se os seguintes índices: 20/50 em um olho, quando a visão no outro for igual a 20/20; 20/40 em um olho, quando a visão no outro for igual a 20/22; e 20/33 em um olho, quando a visão no outro for igual a 20/25. A visão monocular, com a melhor correção possível, será sempre incapacitante.

1.9 Acromatopsia completa e/ou discromatopsia com deficiências totais.

1.10 Estrabismo com desvio superior a 10 graus.

1.11 Audibilidade inferior a 35 decibéis ISO, nas frequências de 250 a 6000 C/S, em ambos os ouvidos. Na impossibilidade da audiometria, não percepção da voz cochichada à distância de 5m, em ambos os ouvidos.

1.12 Desvio de septo, pólipos nasais ou hipertrofia de cornetos, quando provocarem diminuição sensível da permeabilidade nasal.

1.13 Varizes acentuadas de membros inferiores.

1.14 Tensão arterial sistólica superior a 140 mm/Hg e diastólica superior a 90 mm/Hg, em caráter permanente.

1.15 Possuir menos de vinte dentes naturais, computando-se neste número os “sisos” ainda inclusos, quando revelados radiologicamente, desde que não passível de correção pelos recursos da odontologia atual até o seu ingresso.

1.16 Dentes cariados ou com lesões peri apicais que comprometam a função mastigatória, desde que não passível de correção pelos recursos da odontologia atual até o seu ingresso.

1.17 Possuir menos de seis molares opostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais, em raízes isentas de lesões peri apicais (coroas e pontes fixas ou móveis), que assegurem mastigação perfeita.

1.18 Ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais.

1.19 Periodontopatias, desde que não passíveis de correção pelos recursos da odontologia atual até o seu ingresso.

1.20 Cicatrizes, que por sua natureza e localização, possam, em face do uso de equipamento militar e do exercício das atividades militares, vir a motivar qualquer perturbação funcional ou ulcerar-se.

1.21 Imperfeita mobilidade funcional das articulações e, bem assim, quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas ou articulares anteriores.

1.22 Distúrbios da fala.

1.23 Doenças contagiosas crônicas da pele.

1.24 Taxa glicêmica anormal.

1.25 Desvios de coluna, configurando escoliose com ângulo de Cobb superior a 12º (doze graus), ou cifose com ângulo de Cobb superior a 40º (quarenta graus), ou lordose com ângulo de Ferguson superior a 48º (quarenta e oito graus).

1.26 Anomalias no comprimento dos membros inferiores, com encurtamento de um dos membros maior que 15 mm (quinze milímetros).

1.27 Surdo-mudez.

2. CAUSAS DE INCAPACIDADE PARA MATRÍCULA NOS CURSOS DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE, NOS CURSOS DE FORMAÇÃO DO QUADRO COMPLEMENTAR DE OFICIAIS E NO ESTÁGIO DE INSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO PARA O QUADRO DE CAPELÃES MILITARES.

2.1 PARA AMBOS OS SEXOS:

2.1.1 As doenças que motivam a isenção definitiva dos conscritos para o Serviço Militar - Anexo II das IGISC, no que couber.

2.1.2 Peso desproporcional à altura, tomando-se por base a diferença de mais de 10 entre a altura (número de centímetros acima de 1 m) e o peso (em quilogramas), para candidatos com altura inferior a 1,75 m e de mais de 15 para os candidatos de altura igual ou superior a 1,75 m. Estas diferenças, entretanto, por si só, não constituem em elemento decisivo para o AMP, o qual as analisará em relação ao biótipo e outros parâmetros do

exame físico, tais como: massa muscular, constituição óssea, perímetro torácico, etc.

2.1.3 Reações sorológicas positivas para sífilis, doença de Chagas e hepatite sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças na fase aguda e necessitando de tratamento hospitalar.

2.1.4 Reações sorológicas positivas para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquela doença.

2.1.5 Taxa glicêmica anormal.

2.1.6 Campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões graves anteriores.

2.1.7 Hérnias, qualquer que seja sua sede ou volume.

2.1.8 Albuminúria ou glicosúria persistentes.

2.1.9 Audibilidade inferior a 35 decibéis ISO, nas frequências de 250 a 6000 C/S, em ambos os ouvidos. Na impossibilidade da audiometria, não percepção da voz cochichada à distância de 5m, em ambos os ouvidos.

2.1.10 Doenças contagiosas crônicas da pele.

2.1.11 Cicatrizes que, por sua natureza e sede, possam, em face de exercícios peculiares à Escola, vir a motivar qualquer perturbação funcional ou ulcerar-se.

2.1.12 Ausência ou atrofia de músculos, quaisquer que sejam as causas.

2.1.13 Imperfeita mobilidade funcional das articulações e, bem assim, quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas ou articulares anteriores.

2.1.14 Hipertrofia média ou acentuada da tireóide, associada ou não aos sinais clínicos de hipertireoidismo.

2.1.15 Anemia com hemoglobinometria inferior a 12g/d1.

2.1.16 Varizes acentuadas de membros inferiores.

2.1.17 Acuidade visual menor que 0,3 (20/67), em ambos os olhos, sem correção, utilizando - se a escala de Snellen, desde que, com a melhor correção possível, através de uso de lentes corretoras ou realização de cirurgias refrativas, não se atinja índices de visão igual a 20/30 em ambos os olhos, tolerando-se os seguintes índices: 20/50 em um olho, quando a visão no outro for igual a 20/20; 20/40 em um olho, quando a visão no outro for igual a 20/22; e 20/33 em um olho, quando a visão no outro for igual a 20/25; a visão monocular, com a melhor correção possível, será sempre incapacitante.

2.2 PARA CANDIDATOS DO SEXO MASCULINO (além do previsto no item 2.1)

2.2.1 Altura inferior a 1,60m (um metro e sessenta centímetros).

2.2.2 Hidrocele.

2.3 PARA CANDIDATOS DO SEXO FEMININO (além do previsto no item 2.1)

2.3.1 Altura inferior a 1,55m (um metro e cinquenta e cinco centímetros).

2.3.2 As seguintes condições ginecológicas e obstétricas:

2.3.2.1 Displasias mamárias;

2.3.2.2 Gigantomastia;

2.3.2.3 Neoplasias malignas de mama;

2.3.2.4 Ooforites;

2.3.2.5 Salpingites;

2.3.2.6 Parametrites;

2.3.2.7 Doença inflamatória pélvica crônica;

2.3.2.8 Sangramento genital anormal rebelde ao tratamento;

2.3.2.9 Endometriose;

2.3.2.10 Dismenorreia secundária;

2.3.2.11 Doença trofoblástica;

2.3.2.12 Prolapso genital;

2.3.2.13 Fístulas do trato genital feminino;

2.3.2.14 Anomalias congênitas dos órgãos genitais externos;

2.3.2.15 Neoplasias malignas dos órgãos genitais externos e internos;

2.3.2.16 Outras afecções ginecológicas, que determinem perturbações funcionais incompatíveis com o desempenho das atividades militares; e

2.3.2.17 Gravidez em qualquer fase (toda candidata deverá realizar o teste de gravidez ßHCG sanguíneo, salvo nos casos em que for possível o diagnóstico clínico de certeza); neste caso, a candidata será julgada incapaz temporariamente e terá direito ao adiamento da matrícula, desde que satisfaça as demais condições prescritas nas Instruções Reguladoras do Concurso de Admissão e da Matrícula (IRCAM) correspondentes.

3. REVISÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA PARA INGRESSO NO SISTEMA COLÉGIO MILITAR DO BRASIL (SCMB)

3.1 CAUSAS QUE CONTRAINDICAM A MATRÍCULA

3.1.1 doenças agudas ou crônicas agudizadas exigindo tratamento hospitalar, até cessada esta condição.

3.1.2 doenças infectocontagiosas durante a quarentena, até que cesse o período recomendado de isolamento para evitar a transmissibilidade.

3.2 CAUSAS QUE DETERMINAM AVALIAÇÃO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

3.2.1 Candidatos com problemas de visão apresentando necessidades educacionais especiais.

3.2.2 Candidatos com problemas de audição apresentando necessidades educacionais especiais.

3.2.3 Candidatos com problemas odontológicos apresentando necessidades educacionais especiais.

3.2.4 Candidatos com disfunções osteo-musculo-articulares apresentando necessidades educacionais especiais.

3.2.5 Candidatos com patologias neurológicas e mentais apresentando necessidades

educacionais especiais.

3.2.6 Deve ser observado o previsto nas Normas para o Ingresso de Candidatos com Necessidades Educacionais Especiais nos Colégios Militares (CM) integrantes do Projeto Educação Inclusiva no Sistema Colégio Militar do Brasil (SCMB), aprovadas pela Portaria nº 098-Cmt Ex, de 13 de fevereiro de 2015.

3.2.7 A Equipe Multidisciplinar deve ser integrada por especialistas: médico, pedagogo, assistente social, psicólogo e outros, que o caso analisado indicar, verificando se o candidato com necessidades educacionais especiais pode ser acolhido dentro da proposta pedagógica do Colégio Militar, bem como a existência de Atendimento Educacional Especializado (AEE), pessoal docente qualificado, itens de acessibilidade disponíveis e material de ensino adequado.

3.3 Os dependentes diretos de militares e pensionistas do Exército apresentando necessidades educacionais especiais e que, após avaliação da Equipe Multidisciplinar, forem contraindicados para a matrícula deverão ser orientados para requererem o benefício assistencial previsto na Port nº 226-DGP, de 24 de setembro de 2008, que aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência aos Portadores de Necessidades Educativas Especiais.

3.4 O candidato ao ingresso no SCMB deverá, obrigatoriamente, antes de efetivar a matrícula, apresentar os exames previstos no anexo M das NTPMEx.

ANEXO L – Modelo de Termo de Cientificação de Resultado de IS para Ingresso em Escola de Formação.

TERMO DE CIENTIFICAÇÃO DE RESULTADO DE IS PARA INGRESSO EM ESCOLA DE FORMAÇÃO.

Eu, ____candidato ao _____________________, n.º de inscrição _________________________________, declaro que tomei ciência do resultado da Inspeção de Saúde a que fui submetido pelo _____(AMP)_______________, tendo sido considerado:

( ) Apto ( ) Inapto por apresentar _______________________________.
(CID)

____
(Assinatura do candidato)

ANEXO L-I - Modelo de Termo de Cientificação de resultado de IS para ingresso no Sistema Colégio Militar do Brasil.

TERMO DE CIENTIFICAÇÃO DE RESULTADO DE REVISÃO MÉDICA PARA INGRESSO NO SISTEMA COLÉGIO MILITAR DO BRASIL

Eu, ___________________________________ candidato (ou responsável pelo candidato) ao _____________________, n.º de inscrição _________________________________, declaro que tomei ciência do resultado da Revisão Médica a que fui submetido pelo ____________________________, tendo sido considerado:
(Médico Atendente da OM)

( ) Indicado(a) para Matrícula

( ) Contraindicado(a) temporariamente para Matrícula por se encontrar em tratamento hospitalar, devendo ser reavaliado(a) após a alta. CID-10: ____.

( ) Contraindicado(a) temporariamente para Matrícula por se encontrar em tratamento de doença infectocontagiosa, devendo ser reavaliado(a) após o período de quarentena. CID-10: ____.

( ) Deve ser avaliado(a) pela Equipe Multidisciplinar antes da efetivação da matrícula por apresentar necessidades educacionais especiais devido a CID-10:____.

Local e data, ___/ ________ / ____

____

(Assinatura do candidato ou Responsável)

ANEXO M - Exames Complementares Necessários para as Diversas Finalidades de Inspeção de Saúde e Exame Periódico.

Finalidade	Periodicidade	RX de Tórax	Glicose + Ureia + Creatinina	Hemograma Completo	Tipo de Sangue ABO RH	Anti-HIV	VDRL	Colesterol Frações Triglicerídeo Ácido Úrico	EAS e EPF	ECG	Exame Ginecológico Colpocitologia	TIG	Audiometria	PSA	Provas de Função Hepática	Exame Médico e Odontológico	Exame Oftalmológico	TSH T4 T3
1. Ingresso no Sv Atv Ex, IME e Sv Pub Ge	-	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM***	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM (2)**	**SIM**	**SIM**	**SIM**	**SIM**
2. Controle Periódico de Saúde.	**3 anos**	**SIM (8)**	**SIM**	**SIM**	**NÃO**	**SIM***	**SIM**	**SIM (1)**	**SIM**	**SIM (2)**	**SIM (1)**	**NÃO**	**SIM (9)**	**SIM (2)**	**SIM (2)**	**SIM**	**SIM (2)**	**SIM**
3. Operador(a) de Radiação Ionizante	**6 meses**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM (10)**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**SIM**	**NÃO**	**SIM**
4. Manipulador(a) de Explosivos	6 **meses**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**SIM (2;5)**	**NÃO**
5.Designação para Sv Atv e PTTC	A cada renova-ção	**SIM (8)**	**SIM**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM (1)**	**SIM**	**SIM**	**SIM (1)**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM (2)**	**SIM (2)**	**SIM**	**SIM (2)**	**NÃO**
6. Taifeiros e Pessoal de Rancho	**6 meses**	**SIM (6)**	**NÃO**	**SIM (6)**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**NÃO**	**SIM (12)**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**
7. Periódico de Motoristas**	3 **anos**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**SIM**	**NÃO**
8. Revisão Médica e Odontológica para Matrícula no SCMB (11)	-	**SIM**	**Somente glicemia de jejum**	**SIM**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM**	**NÃO**	**NÃO**
Exame Pré-TAF***	**Anual**	**NÃO**	**SIM (8)**	**SIM (8)**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM (8)**	**SIM (8)**	**SIM (8)**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**NÃO**	**SIM (8)**	**SIM**	**NÃO**	**SIM (8)**
9. Cursos	-	**Conforme Portaria de criação ou funcionamento.**																
10. LTSP, LTSPF e Justiça e Disciplina.	-	**A critério do AMP conforme o caso clínico ou para atender a determinação judicial, se for o caso.**																
11. Mil em atividades especiais	-	**Vide Volume IX, conforme o tipo de exposição.**																
12. Saída do Sv ativo	-	**Não há necessidade de Inspeção. Verificar validade do Controle Médico Periódico.**																
13. Entrada e saída do serviço ativo de temporários	-	**O assunto é regulado pelas IGISC. Outros exames podem ser solicitados a critério do AMP.**																

Legenda:

(1) A PARTIR DE 30 ANOS DE IDADE	**(10) ACRESCIDO DE CONTAGEM DE PLAQUETAS E COAGULOGRAMA**
(2) A PARTIR DE 40 ANOS DE IDADE	**(11) SISTEMA COLÉGIO MILITAR DO BRASIL. APRESENTAR CARTEIRA DE VACINAÇÃO**
(3) EXCETO COLPOCITOLOGIA	**(12) + Coprocultura**
(4) SOMENTE PARA ESCOLAS DE FORMAÇÃO DE OF E PRAÇAS	*** Aconselhamento antes e depois da testagem. Assinar o termo de esclarecimento e consentimento para a realização do exame.**
(5) SERÁ REALIZADO DE 3 EM 3 ANOS	**** São submetidos obrigatoriamente ao exame toxicológico os motoristas das categorias C, D e E, nas seguintes situações: quando estiver no processo de obtenção da habilitação; na renovação de sua CNH; e, na metade do período de validade da habilitação.**
(6) SERÁ REALIZADO UMA VEZ A CADA ANO	***** Militar que não estiver com o Controle Periódico de Saúde em dia, até a data da realização do primeiro TAF, deve ser inabilitado para a Primeira Chamada e a OM/OMS deve publicar ordem em BI para sua realização.**
(7) SERÁ REALIZADO DE 2 EM 2 ANOS	**A solicitação de exames complementares NÃO É OBRIGATÓRIA, somente é feita por indicação médica e em situações particulares, quando o militar se encontrar em acompanhamento médico especializado.**
(8) A CRITÉRIO CLÍNICO	**O Médico Atendente não deve solicitar exames cardiológicos e sim solicitar, se julgar necessário, Parecer do Cardiologista.**
(9) PARA MILITARES EXPOSTOS A RUÍDOS INTENSOS	**Militar deve declarar, por escrito, na ocasião do exame, se sofreu ou não acidente de serviço no ano anterior.**

ANEXO N - Quesitos a Serem Respondidos na Perícia Médica de Servidor Civil para ser Submetido a Processo Administrativo (PA).

NOME:_________________________________. Nome Social: ___________________
CATEGORIA FUNCIONAL:____
MATRÍCULA N°:_____________________ IDENTIDADE: _______________________
IDADE: ____________________________ NATURALIDADE: ___________________
ESTADO CIVIL: _____________________ TEMPO DE SERVIÇO: _________________
RESIDÊNCIA: ____
UNIDADE DE ORIGEM: ____

O perito abaixo firmado certifica que:

1 - Perguntado se é portador de alguma patologia, respondeu que:
____

2 - Ao exame clínico foi constatado que:
____

3 - O motivo que originou o Processo Administrativo (PA) tem relação de causa e efeito com a patologia apresentada?
____

4 - O Servidor reúne o mínimo de condições Psicofísicas para ser submetido a PA?
____

5 - O Servidor está APTO para responder a PA?
____

_________________, ____ de ___________ de ______.
(LOCAL)

____
AMP

ANEXO O - Tabela para Caracterização da Necessidade de Internação Especializada e/ou Assistência Direta e Permanente ao Paciente, e/ou Cuidados Permanentes de Enfermagem.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

1. Para ser utilizada esta tabela são necessárias as seguintes condições:

a. verificação da invalidez total e permanente para todo e qualquer serviço, por meio de Inspeção de Saúde específica; e

b. se o militar necessita de internação especializada, e/ou assistência direta e permanente ao paciente, e/ou cuidados permanentes de enfermagem.

2. INVALIDEZ – A invalidez aqui definida é a perda definitiva, pelo militar, das condições mínimas de saúde para o exercício de qualquer atividade laborativa, civil ou militar.

3. ASSISTÊNCIA – A assistência referida no Decreto nº 3.048 - de 6 de maio de 1999, publicado no DOU de 7 de maio de 1999, republicado em 12 de maio de 1999, e atualizado em março de 2010, é aquela devida exclusivamente aos inválidos, que necessitem da assistência permanente de outra pessoa.

4. INDICADORES CRÍTICOS - Cada indicador abaixo será pontuado, e a soma encontrada definirá a necessidade ou não de internação especializada, e/ou assistência direta e permanente ao paciente, e/ou cuidados permanentes de enfermagem:

I - Estado Mental e Nível de Consciência	II – Oxigenação	III - Sinais Vitais
IV - Nutrição e Hidratação	V – Motilidade	VI - Locomoção (deambulação)
VII - Cuidado Corporal	VIII – Eliminações	IX - Terapêutica
X - Comportamento	XI – Comunicação	XII - Integridade Cutâneo-Mucosa
XIII- Idade	XIV – Dano Psíquico	

5. Para a caracterização da necessidade de internação especializada, e/ou assistência direta e permanente ao paciente, e/ou cuidados permanentes de enfermagem, será considerada a tabela abaixo:

QUANTIFICAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Posto/Grad, NOME: ______________________________________ (nome social, se for o caso)

UNIDADE: __________ Leito: ________ Data: ___ de __________ de ____.

INDICADOR CRÍTICO	AVALIAÇÃO	PONTOS
1 - Estado Mental e Nível de Consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas).	( ) 0 - Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; executa, sempre, corretamente, ordens verbalizadas; preservação da memória. ( ) 1 - Acordado; interpretação precisa de ambiente e tempo; segue instruções corretamente apenas algumas vezes; dificuldade de memória. ( ) 2 - Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos; dificilmente segue instruções corretamente; dificuldade aumentada de memória ( ) 3 - Acordado; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente; perda de memória. ( ) 4 - Desacordado; ausência de resposta verbal e manutenção de respostas a estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras.	
2 - Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos).	( ) 0 - não requer oxigenoterapia. ( ) 1 - Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas. ( ) 2 - Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas. ( ) 3 - Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal. ( ) 4 - Requer ventilação mecânica.	
3 - Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central).	( ) 1 - Requer controle de sinais vitais, pelo menos uma vez por dia. ( ) 2 - Requer controle de sinais vitais de 12 em 12 horas. ( ) 3 - Requer controle de sinais vitais de 8 em 8 horas. ( ) 4 - Requer controle de sinais vitais de 4 em 4 horas. ( ) 5 - Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.	

4 - Nutrição e Hidratação (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e catéteres).	( ) 0 - Auto-suficiente. ( )1 - Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e hidratação ora. ( ) 2 - Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral. ( ) 3 - Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica, ou nasoenteral, ou estoma. ( ) 4 - Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de catéteresperiféricos, ou centrais para nutrição e hidratação.	
5 - Motilidade (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos).	( ) 0 - Auto-suficiente. ( ) 1 - Requer estímulo e supervisão da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais. ( ) 2 - Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais. ( ) 3 - Requer auxílio da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais. ( ) 4 - Requer assistência efetiva da enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido a presença de aparelhos gessados, tração, fixadorexterno e outros, ou por déficit motor.	
6 - Locomoção (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com Auxílio do acompanhante, ou da equipe de enfermagem, ou pelo uso de artefatos).	( ) 0 - Auto-suficiente. ( ) 1 - Requer encorajamento e supervisão da enfermagem para a deambulação. ( ) 2 - Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores). ( ) 3 - Requer o auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação. ( ) 4 - Requer assistência efetiva de enfermagem para locomoção devido a restrição no leito.	
7 - Cuidado Corporal (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se).	( ) 0 - Auto-suficiente. ( ) 1 - Requer supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto. ( ) 2 - Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto. ( ) 3 - Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto. ( ) 4 - Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.	

8 -Eliminações (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante, ou daenfermagem, ou por drenos e estornas).	( ) 0 - Auto-suficiente. ( ) 1 - Requer supervisão e controle pela enfermagem das eliminações. ( ) 2 - Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela enfermagem, das eliminações. ( ) 3 - Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros. ( ) 4 - Requer assistência efetiva de enfermagem para manipulação e controle de catéteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomias.	
9 -Terapêutica (utilização dos diversos agentes terapêuticos Medicamentosos prescritos).	( ) 1 - Requer medicação Via Oral (VO) de rotina ou Intradérmica(ID), Subcutânea (SC) ou Intramuscular (IM). ( ) 2 - Requer medicação Endovenosa (EV) contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estomia. ( ) 3 - Requer medicação Endovenosa (EV) intermitente com manutenção de catéter. ( ) 4 - Requer uso de sangue e derivados, ou expansoresplasmáticos, ou agentes citostáticos. ( ) 5 - Requer uso de drogas vasoativasou outras que exigem maiores cuidados na administração.	
10-Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família). *Para preencher a avaliação ao lado observe as conceituações abaixo.	( ) 0 - Calmo, tranqüilo; preocupações cotidianas. ( ) 1 - Alguns sintomas de ansiedade (até3), ou queixas e solicitações contínuas, ou retraimento social. ( ) 2 - Irritabilidade excessiva, ou retraimento social aumentado, ou apatia, ou passividade, ou queixas excessivas. ( ) 3 - Sentimento de desesperança, ou impotência psíquica, ou ambivalência de sentimentos, ou acentuada diminuição do interesse por atividades, ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas). ( ) 4 - Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde, ou verbalizações hostis e ameaçadoras, ou completo isolamento social.	

<table>
<tr><td colspan="3">* COMPORTAMENTO – Para avaliação deste indicador crítico são considerados os conceitos abaixo:
a. ANSIEDADE - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor“(TAYLOR,1992). SINTOMAS DE ANSIEDADE - alteração
da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarréia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou
irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV,1995).
b. RETRAIMENTO SOCIAL - tendência ocasional para evitar contatos sociais; funcionamento social diminuído.
c. IRRITABILIDADE - "Irritação: estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" (CABRAL;NICK,1979). Ex:
exasperação, exaltação.
d. RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO - tendência freqüente para evitar contatos sociais. APATIA -"aparente insensibilidade a tudo o que provoca
habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIOUD et al, 1981), indiferença. Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza,
medo, raiva.
e. PASSIVIDADE - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIOUD et al, 1981). Ex: Não reação
diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização.
f. DESESPERANÇA - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar
energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.
g. IMPOTÊNCIA PSÍQUICA - "percepção que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado ... "(NANDA,
1982) demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas. Ex: não sei, não vou conseguir,não posso)”.
h. AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS - " coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para a mesma pessoa, ou o
mesmo objeto, ou o mesmo objetivo" (DICIONÁRIO Médico Blakiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.
i. ISOLAMENTO SOCIAL - "provação de contatos sociais" (CABRAL; NICK, 1979) .</td></tr>
<tr><td>11 – Comunicação
(habilidade em usar ou entender alinguagem verbal e não verbal na interação humana).</td><td>( ) 0 - Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.
( ) 1 - Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.
( ) 2 - Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
( ) 3 - Inapto para comunicar necessidades .</td><td></td></tr>
<tr><td>12 – Integridade Cutâneo-Mucosa
(manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição).</td><td>( ) 0 - Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
( ) 1 - Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade.
( ) 2 - Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento.
( ) 3 - Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
( ) 4 - Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo; presença de áreas de necrose.</td><td></td></tr>
</table>

13 - Idade	( ) 0 - Até 70 anos; ( ) 1 - De 70 a 75 anos; ( ) 2 - De 75 a 80 anos; ( ) 3 - De 80 a 85 anos; e ( ) 4 - Acima de 85 anos	
14 – Dano Psíquico ** Ver conceituações abaixo.	( ) 0 - Qualquer um dos critérios excludentes ( ) 2 - Dano Psíquico Leve (um a dois critérios includentes). ( ) 4 - Dano Psíquico Moderado (três a quatro critérios includentes). ( ) 6 - Dano Psíquico Grave (cinco a sete critérios includentes).	
TOTAL DE PONTOS		

** DANO PSÍQUICO.É a exposição de um indivíduo a um evento traumático súbito e intenso, ou a exposição crônica a um estressor, mesmo que de intensidade moderada, pode levar ao surgimento de sinais e sintomas psicopatológicos indicativos do surgimento de um transtorno que não existia antes dos eventos descritos como causadores.

Entretanto nem todo indivíduo que sofreu um dano psíquico preenche requisitos para demandar auxílio invalidez. Atenderão estes requisitos os inspecionados que apresentarem Dano Psíquico Grave. Alguns critérios devem ser atendidos. **Para o enquadramento na situação de Dano Psíquico Grave, cinco dos sete critérios includentes devem estar presentes e nenhum critério excludente presente**. A presença de qualquer um dos critérios excludentes impossibilita o enquadramento do inspecionado como sendo portador de Dano Psíquico Grave:

1.CRITÉRIOS INCLUDENTES:

a - Exigência de um fato traumático inédito na história vital do sujeito;
b - Constatação pericial de uma síndrome psiquiátrica clara e precisa;
c - Ser causa de limitação real do psiquismo (estabelecido de forma harmônica e concordante por, pelo menos, dois especialistas: psiquiatra e psicólogo), devendo constatar o nexo da limitação com a capacidade laborativa;
d - Prejuizo funcional em todas as áreas da vida do indivíduo: social , familiar, laborativa e pessoal;
e - Nexo causal ou concausal devidamente configurado entre o fato causador e o estado mórbido;
f - Cronificado ou juridicamente consolidado (mínimo de dois anos de evolução pós-trauma); e
g - Decorrente de um dano físico, causado por acidente ou doença.

2. CRITÉRIOS EXCLUDENTES:

Não é considerado dano psíquico grave:
a- Doença somática com repercussão psíquica;
b- Sofrimento ou dor espiritual;
c- Sentimento de culpabilidade isolado de uma síndrome clara e precisa;
d- Sinais ou sintomas psicopatológicos isolados;
e- Enfermidades preexistentes não evidenciadas nem agravadas pela injúria; e
f- Patologias não-limitantes do psiquismo.

Obs.:Todos os inspecionados enquadrados como portadores de Dano Psíquico Grave (cinco ou mais critérios includentes sem nenhum critério excludente), deverão ser submetidos a nova perícia, de três em três anos até completarem 70 anos, para ratificação e/ou retificação do seu estado mórbido.

Todos os inspecionados enquadrados como portadores de Dano Psíquico serão pontuados neste indicador, entretanto apenas aqueles com Dano Psíquico Grave terão pontuação máxima.

1. A quantificação dos cuidados se dará pelo somatório dos números ao lado dos parênteses marcados para cada item avaliado.

2. Para cada um dos grupos de indicadores só poderá ser escolhido um item da avaliação.

6. Será considerado como necessitando de internação especializada, e/ou assistência direta e permanente ao paciente, e/ou cuidados permanentes de enfermagem o inspecionado cujo somatório total de pontos for igual ou superior a 17 pontos, e que a assistência de terceiros seja superior a doze horas;

Obs.: - Quando estas duas condições mínimas não forem atendidas, o inspecionado não será considerado como necessitando de internação especializada, e/ou assistência direta e permanente ao paciente, e/ou cuidados permanentes de enfermagem.

- Esta quantificação deverá ser anexada à documentação nosológica apensa ao processo.

7. Os portadores das condições abaixo relacionadas, quando necessitarem de assistência permanente de outra pessoa, farão jus ao auxílio-invalidez:

a - Cegueira;

b - Perda de nove ou todos os dedos das mãos;

c - Paralisia dos dois membros superiores ou inferiores;

d - Perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível;

e - Perda de uma das mãos e de dois pés, quando a prótese for impossível;

f - Perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível;

g - Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social (alienação mental);

h - Doença que exija permanência contínua no leito;

i - Nefropatia Grave, em terapia renal substitutiva; e

j - Neoplasia Maligna redicivante ou metastática, em tratamento radioterápico e/ou quimioterápico paliativo ou de suporte.

Cidade, ___ de _______________ de _____.

____

Fulano de Tal – 1º Ten Med

Médico Perito da Guarnição de Teresina-PI.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO P - Quadro Sinótico de Doenças Especificadas em Lei e Sua Relação com a Legislação.

Patologia / Lei	Lei nº 6.880/80 (Estatuto dos Militares)	Lei nº 8.112/90 (Regime Jurídico Único)	Lei nº 8.213/91 (Previdência Social)	Lei nº 11.052/04 (Imposto de Renda)	Lei nº 3.738/60 (Pensão Especial)
Alienação mental	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cardiopatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cegueira	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Doenças decorrentes de contaminação por radiação	Não	Não	Sim	Sim	Não
Doença de Parkinson	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Esclerose múltipla	Sim (Lei 12.670/12)	Sim	Não	Sim	Não
Espondiloartrose anquilosante	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante)	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Hanseníase	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Hepatopatia grave	Não	Não	Não	Sim	Não
Nefropatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Neoplasia maligna	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Paralisia irreversível e incapacitante	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Pênfigo	Sim	Não	Não	Não	Não
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)	Sim (Lei nº 7.670/88)	Sim	Sim	Sim	Sim (Lei nº 7.670/88)
Tuberculose ativa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

ANEXO Q - Extrato da Ficha de Informação para Tratamento de Saúde no Exterior (parte de responsabilidade da JISE).

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

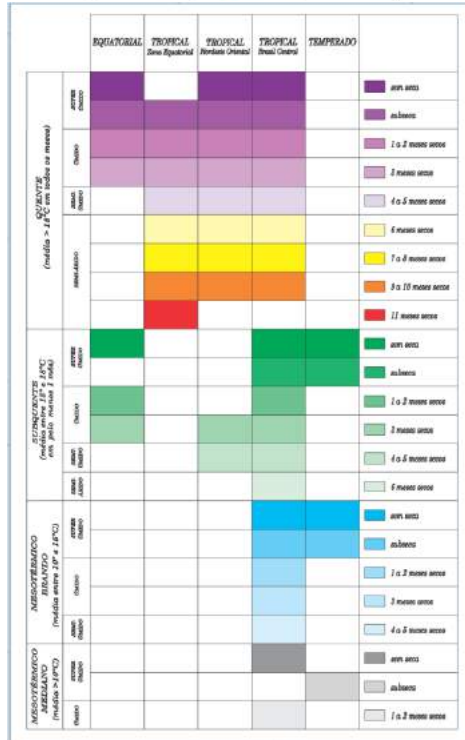
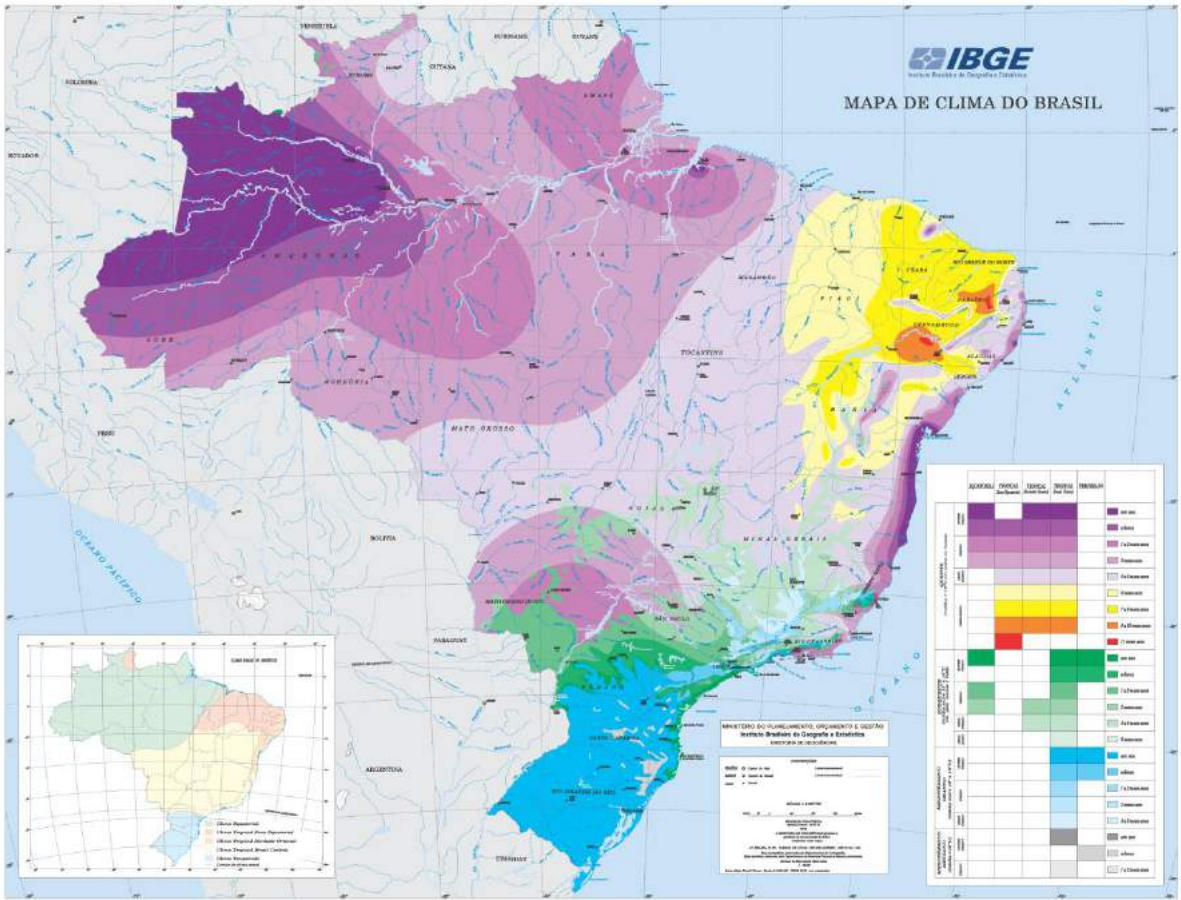
FICHA DE INFORMAÇÃO

Nome do paciente (nome social, se for o caso) ______________________________________

Nome do responsável:____

1. DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA JISE
a. O paciente é terminal?... SIM( ) NÃO( )
b. O tratamento deve ser feito no exterior?..SIM( ) NÃO( )
c. Existe perspectiva de êxito?..SIM( ) NÃO( )
d. Existe tratamento similar no Brasil?..SIM( ) NÃO( )
e. Clínica para onde deve ser encaminhado_______________________________________
f. Tempo estimado de permanência no exterior:___________________________________
g. Previsão de retorno para novas internações ou controle?.................................SIM( ) NÃO( )
h. Poderá ocorrer no Brasil a continuidade ao tratamento?..................................SIM( ) NÃO( )
i. O paciente é menor?..SIM( ) NÃO( )
j. Necessita de acompanhante leigo (da família)?..SIM( ) NÃO( )
k. Necessidade de acompanhante médico ou enfermeiro militar?.......................SIM( ) NÃO( )
l. Nome do acompanhante (se for o caso)____

________________	________________	________________
Nome - Posto	Nome - Posto	Nome - Posto

ANEXO R - Mapa Climático do Brasil.

Fonte: IBGE – 2009

ANEXO S - Modelo de Ficha para Inspeção de Gestante saudável.

PERÍCIA PARA GESTANTES SAUDÁVEIS

POSTO/GRADUAÇÃO: ______ NOME: ____

Nome Social: _________________________________ IDT: ________________________

OM: ____, encontra-se no ______ mês de gestação, devendo ser dispensada das situações listadas abaixo, até o término da gestação atual:

Assinalar S (sim) ou N (não)

( ) atividades operacionais;

( ) exercer atividades de contatos com Raios-X, radiações ionizantes ou substâncias tóxicas;

( ) permanecer em ambientes insalubres, qual o grau ( ) máximo, ( ) médio, ( ) mínimo **

( ) participar de marchas, formaturas, ordem unida, TAF/TFM ou atividades que exijam longa permanência em pé ou esforço físico excessivo;

( ) dirigir veículos militares; e

( ) concorrer a serviço de escala (24 horas)*

* Gestantes saudáveis podem concorrer a escalas técnicas, de até 12 horas, até a 27ª semana de gestação

** grau de insalubridade de acordo com o anexo XIV das normas reguladoras Nº 15 da Portaria 3314/78 do Ministério do Trabalho

Local, data.

____

Assinatura e carimbo do AMP

ANEXO T - Modelo de Cartão de Saúde de Aeronavegante**.**

FRENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
EXÉRCITO BRASILEIRO
DIRETORIA DE SAÚDE

____
MPGu

CARTÃO DE SAÚDE DE AERONAVEGANTE

NOME: (nome social, se for o caso) ____________________
POSTO / GRAD. ______ UNIDADE___________
IDENTIDADE: ____________________________________
DATA DE VALIDADE: _______/_______/________

VERSO

____
Nº da sessão do MPGu (Esp em Med Aepc) - DATA

_____________ ___________________
Nº ARQUIVO TIPO SANGUÍNEO

Recomendações e / ou Restrições:

Assinatura:_________________________________
Nome e Posto do AMP (Esp em Med Aepc)

OBS.: Cartão de fundo branco, como letras e detalhes na cor preta, com as seguintes medidas: 10 cm x 6 cm.

ANEXO U - Causas de Incapacidade em Inspeções de Saúde para Atividade Aérea.

As causas de incapacidade definitiva para atividade aérea são as abaixo relacionadas:

I - estatura acima ou abaixo dos requisitos estabelecidos;

II - obesidade acentuada (ver requisitos);

III - distúrbios endócrinos que possam ser diagnosticados no exame clínico e não controlados com tratamento;

IV - cicatrizes extensas deformantes, ou que prejudiquem a função muscular, a utilização de equipamentos militares ou que tenham tendência à ulceração;

V - asma brônquica de difícil controle;

VI - doenças crônicas do estômago e intestinos, de difícil controle;

VII - doenças crônicas do fígado e da vesícula biliar, não passíveis de controle;

VIII - cálculos e tumores vesicais, que comprometam a funcionalidade;

IX - alteração qualitativa dos elementos figurados do sangue (anemia crônica, poliglobulia, leucopenia crônica, trombocitopenia, leucemias, hemoglobinopatias);

X - edema crônico de um ou mais membros;

XI - torcicolo crônico e costela cervical;

XII - escoliose, cifose ou lordose, quando acentuadas, ou quando acarretem prejuízo funcional;

XIII - deformações, fraturas ou luxações vertebrais;

XIV - ósteo-artrite da coluna vertebral de qualquer origem, espondilites, hérnia do núcleo pulposo e espinha bífida;

XV - fratura não consolidada, ou de consolidação viciosa e luxação recidivante, anquilose e pseudoartrose;

XVI - doenças ósseas e articulares, congênitas ou adquiridas;

XVII - atrofias, paralisias e alterações musculares e tendinosas;

XVIII - cardiopatias de qualquer etiologia;

XIX - distúrbios da formação do estímulo cardíaco (taquicardias paroxísticas; flutter e/ou fibrilação auricular e ventricular, extrassistolia ventricular que não responda à terapêutica habitual, ou quando presente em doença cardíaca perfeitamente caracterizada);

XX - distúrbios da condução do estímulo: Síndrome de Wolff-Parkinson-White; Síndrome de Lown-Ganong-Levine; Bloqueio átrio-ventricular (BAV) de 2º e 3º graus; e Bloqueio do ramo esquerdo (BRE) de 1º, 2º e 3º graus;

XXI - arterioesclerose periférica;

XXII - Doença de Raynaud;

XXIII - doenças vasculares periféricas;

XXIV - hipertensão arterial de difícil controle;

XXV - seqüelas de traumatismo raquimedular, fraturas, luxações, espondilolistese e outras que comprometam a funcionalidade do sistema nervoso central e/ou periférico;

XXVI - seqüela dos traumatismos crânio-encefálicos;

XXVII – miopatias de qualquer etiologia;

XXVIII - doenças e seqüelas de traumatismo dos nervos periféricos;

XXIX - seqüelas de infecções ou de traumatismo do encéfalo e/ou das envolturas meníngeas;

XXX - distúrbios da consciência, de caráter periódico;

XXXI - seqüelas de acidentes vasculares cerebrais;

XXXII - enxaquecas e outras cefaléias vasculares crônicas;

XXXIII - doenças das pálpebras (blefarites ulcerosas rebeldes ao tratamento, entrópio, ectrópico lagoftalmo, ptoses acentuadas e inoperáveis, coloboma, ablefaria, microblefaria, elenfantíase palpebral, triquíase rebelde ao tratamento);

XXXIV - doenças da conjuntiva (tracoma e pterígio que invada a córnea e comprometa a função visual), sem possibilidade de cirurgia;

XXXV - rinite atrófica ou ozenosa;

XXXVI - hipertrofia acentuada do tecido linfóide da orofaringe ou infecção crônica que comprometam a respiração, ou estejam associadas a estados mórbidos do ouvido médio;

XXXVII - paralisia das cordas vocais, afonia e disfonia que comprometam a respiração ou a inteligibilidade da palavra;

XXXVIII - perfuração da membrana timpânica com prejuízo da acuidade auditiva;

XXXIX - deformidades maxilares ósseas, ou de tecidos moles ou dentários, congênitas ou adquiridas, que dificultem a mastigação ou a articulação da palavra ou o uso de equipamento de oxigênio;

XL - afecções dentárias ou periodontais que constituam possíveis focos latentes ou ativos de infecção focal, e/ou que comprometam a mastigação, a estética, ou a articulação da palavra;

XLI – má-oclusões dentárias que comprometam as funções mastigatórias, a estética ou a articulação da palavra;

XLII - transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, atuais ou pregressos, reativos ou não;

XLVIII - transtornos de personalidade e de comportamento em geral;

XLIV - reações de imaturidade emocional e afetiva (instabilidade emocional, dependência passiva, impulsividade, agressividade, inadequação), evidentes ao exame objetivo atual ou detectadas por histórico de incapacidade para manter satisfatório ajustamento em geral na vida de relação;

XLV - transtornos mentais e de comportamento, decorrentes de substâncias psicoativas (álcool, opióides, sedativos, hipnóticos e outras toxicomanias);

XLVI - história de auto-lesão intencional, cujos fatores predisponentes persistam (envenenamento ou lesão auto infligida propositadamente; tentativas de suicídio); e

XLVII – história de dois ou mais casos de psicose em pai, mãe ou irmãos.

ANEXO V - Modelo de formato de Atestado de Origem.
Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

ATESTADO DE ORIGEM (AO)

1. PROVA TESTEMUNHAL

Nós, abaixo assinados, atestamos que o *(posto / graduação, identidade e nome completo/social, se for o caso)*, do(a) *(organização militar do acidentado)*, sofreu **ACIDENTE DE SERVIÇO** às __:__ horas do *(dia)* de *(mês)* de *(ano)* e que o acidente ocorreu como o descrito a seguir:

"relatar as circunstâncias do acidente e a natureza do serviço que era realizado".

Quartel em *(cidade da organização militar)*, *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*.

____
NOME COMPLETO - Posto / Graduação
Identidade Militar
Função
1ª Testemunha

____
NOME COMPLETO - Posto / Graduação
Identidade Militar
Função
2ª Testemunha

2. PROVA TÉCNICA

O abaixo assinado *(posto, identidade, nome completo e registro profissional médico)*, em serviço no *(função que exerce e o local)*, certifica que *(posto / graduação, identidade e nome completo)*, do(a) *(organização militar)*, às __:__ horas do *(dia)* de *(mês)* de *(ano)* foi vítima do

acidente constante da **prova testemunhal**, sendo verificadas as seguintes lesões ou perturbações mórbidas:

“descrição detalhada de todas as lesões ou perturbações mórbidas, da forma como foram constatadas no momento do exame físico ____

____

____

Quartel em *(cidade da organização militar)*, *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*.

____
NOME COMPLETO - Posto
Identidade Militar
Inscrição de Especialista ou Carimbo Funcional

3. PROVA DE AUTENTICIDADE

O abaixo assinado, *(posto, identidade, nome completo)*, Comandante (Chefe ou Diretor) do(a) *(organização militar)*, reconhece como verdadeiras as firmas das testemunhas *(posto / graduação e nome completo de cada testemunha)* e a do(a) médico(a) *(posto e nome completo do médico constante da prova técnica);* e que *(confirmar a exatidão do acidente, indicando a natureza do serviço de que a vítima se incumbia no momento do acidente, bem como os fatos constantes da prova testemunhal)*, conforme o prescrito no subitem 10.1.3.3.1 das Normas Técnicas sobre as Perícias Médicas no Exército.

Quartel em *(cidade da organização militar)*, *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*.

____
NOME COMPLETO - Posto
Comandante (Chefe ou Diretor)

4. EXAME DE CONTROLE DE ATESTADO DE ORIGEM

4.1 IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES:		
Posto/Graduação:	**Nome do acidentado:**	Nome Social:
Identidade:	**Data de Nascimento:**	**Naturalidade:**
Organização Militar:		**CPF:**

4.2 OBSERVAÇÃO CLÍNICA

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

4.3 DIAGNÓSTICO

____
____

4.4 PARECER

O MPGu I/Brasília (HGeB) no exame a que procedeu, conforme a observação clínica acima, declara que____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

(CONCLUIR SOBRE A RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO DAS CONDIÇÕES MENCIONADAS NO PARECER COM O ACIDENTE RELATADO)

____
LOCAL / DATA

____
NOME - POSTO
IDT - CRM

ANEXO W - Grupos de Atividades que os Inspecionados Aptos com Recomendações Podem Desenvolver.

GRUPOS	ATIVIDADES	COMPATÍVEL
GRUPO I	Chefia ou subchefia de órgão, PMGu, seção ou setor administrativo, comissões e assessorias, elaboração de inquéritos, sindicâncias, processos administrativos e pareceres administrativos ou jurídicos, como encarregado, membro, escrivão ou secretário e Serviço de Escala.	Oficial, Subtenente e Sargento.
GRUPO II	Instrutor, monitor, auxiliar de instrução e outras atividades de caráter escolar, internas ou externas, **sem a exigência de esforços físicos.**	Oficial, Subtenente, Sargentos, Cabo e Soldado.
GRUPO III	Telefonia, recepção, escrituração de documentos, anotação de dados estatísticos, arquivamento, protocolo, distribuição interna de documentos e outros serviços administrativos correlatos.	Sargento, Cabo e Soldado.
GRUPO IV	Serviços de rancho, conservação de quartéis e manutenção de viaturas, de armamento e de equipamentos.	Sargento, Cabo e Soldado.
GRUPO V	Guarda de quartéis, permanência, fiscalização e outros serviços de escala internos que permitem o descanso a intervalos regulares.	Sargento, Cabo e Soldado.
GRUPO VI	Motorista administrativo, estafeta e auxiliar de gabinete.	Cabo e Soldado

Observações:

1. Após o inspecionado receber o parecer “Apto para o Serviço do Exército, com recomendações” o AMP deverá enquadrá-lo em **apenas um dos grupos** desse anexo, que são atividades que o inspecionado **poderá** exercer enquanto permanecer nessa situação. Convém ressaltar que o TAF possui portaria específica, que deve ser observada.

2. Em todos os grupos há restrições de esforços físicos, a cargo e com rigoroso acompanhamento do Médico Atendente da OM.

3. No tocante ao grupo II, por serem atividades em que o esforço físico é inerente à função, entende-se necessário esclarecer que a função pode ser exercida, mas sem esforço físico.

ANEXO X - Modelo de Inquérito Sanitário de Origem.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Paciente: *(posto/graduação, identidade, nome completo, nome social e organização militar)*

Encarregado: *(posto, identidade, nome completo, registro profissional médico e organização militar.*

2. PREÂMBULO

Aos *(dias por extenso)* dias do *(mês por extenso)* de *(ano por extenso)*, nesta cidade de *(nome da cidade)*, Estado de *(nome do Estado por extenso)*, no Quartel do(a) *(organização militar)*, presente *(posto, identidade, nome completo e registro profissional médico)*, encarregado deste **Inquérito Sanitário de Origem**, de acordo com a nomeação constante do Boletim nº 000, de *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*, da *(X)*ª Região Militar, dou início ao presente inquérito, em posse dos seguintes documentos que me foram entregues em *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*:

"discriminar os documentos recebidos pelo encarregado do inquérito sanitário de origem".

1. ....;
2. ...., e
..

____
NOME COMPLETO - Posto
Identidade Militar / Inscrição de Especialista
Encarregado do ISO

3. DECLARAÇÕES ELUCIDATIVAS DO PACIENTE

Aos *(dias por extenso)* dias do *(mês por extenso)* de *(ano por extenso)* compareceu o paciente *(posto / graduação, identidade e nome completo)*, do(a) *(organização militar)*, com *(anos por extenso)* de idade, filho de *(nome do genitor)* e de *(nome da genitora)*, *(estado civil)*, natural de *(cidade e estado, por extenso)*, a fim de prestar esclarecimentos que possam elucidar o presente inquérito, faz as seguintes declarações ao encarregado:

"declarações do paciente, conforme o previsto no item 10.2.3.1 destas Normas"

Perguntado em qual estabelecimento hospitalar esteve em tratamento da doença que motivou a incapacidade, qual a época e o médico assistente, declarou que: ____________________
____

Perguntado ainda sobre *(perguntas julgadas necessárias pelo encarregado para esclarecer a perícia)*, declarou que: ____

____

____

____

____

____

.

____
NOME COMPLETO - Posto / Graduação
Identidade Militar
Paciente

____
NOME COMPLETO - Posto
Identidade Militar / CRM
Encarregado do ISO

4. INFORMAÇÕES DAS TESTEMUNHAS

Eu, *(posto / graduação, identidade e nome completo)*, como testemunha dos fatos citados pelo paciente, declaro o seguinte:

"declarações da testemunha, conforme o previsto no item 10.2.3.1 destas Normas". ____________
____

____.

Perguntado ainda sobre *(perguntas julgadas necessárias pelo encarregado para esclarecer a perícia)*, declaro que: ____ ______________________
____
____.

Quartel em *(cidade da organização militar)*, *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*.

____
NOME COMPLETO - Posto / Graduação
Identidade Militar
Testemunha

____
NOME COMPLETO - Posto
Identidade Militar / CRM
Encarregado do ISO

5. RELATÓRIO

Aos *(dias por extenso)* dias do *(mês por extenso)* de *(ano por extenso)*, após concluídas as inquirições, pesquisas, diligências, exames e outras providências necessárias para avaliar quanto às circunstâncias que produziram as condições mórbidas incapacitantes, assim como a influência das obrigações militares cumpridas na origem da doença, passo a relatar de modo sucinto o que foi apurado:

"descrição resumida de tudo que foi apurado com relação às condições mórbidas incapacitantes, conforme o previsto no item 10.2.3.9 destas Normas". _____________________________________
____
____

____
NOME COMPLETO - Posto
Identidade Militar / CRM
Encarregado do ISO

6. CONCLUSÕES FINAIS

Do exposto, verifica-se que *(posto / graduação, identidade e nome completo)* contraiu em *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*, quando servia no(a) *(organização militar)*, a doença *(doença que motivou a incapacidade, reconhecida pelo AMP)* que *foi (ou não foi)* adquirida em consequência de *(ato de serviço ou acidente em serviço)* e conforme ficou apurado neste inquérito, como consta do relatório.

Resumindo, concluo que *(há ou não há)* relação de causa e efeito entre *(a doença que resultou na incapacidade)* e o *(ato de serviço ou acidente em serviço)*.

Quartel em *(cidade da organização militar)*, *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*.

____
NOME COMPLETO - Posto
Identidade Militar / CRM
Encarregado do ISO

7. PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO

O Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas da Diretoria de Saúde, após análise dos documentos e relatórios que compõem o presente Inquérito Sanitário de Origem, instaurado pelo Cmt da _____ Região Militar, conforme Bol Reg nº ____ de ___ de ____________ de ____ para apurar se a incapacidade constatada pelo ________ (MPOM, MPGu/JISR.........), na sessão n° ___/____, de _____/_________/____, decorre ou não de acidente em serviço ou de doença adquirida em ato de serviço, faz a seguinte conclusão:

DIAGNÓSTICOS

"transcrever os diagnósticos constatado pelo encarregado ISO". __________
____.

PARECER

"deverá ser registrado conforme o prescrito na letra "c"do número 3 do subitem 10.1.3.4 destas Normas". ____
____.

Sala das Sessões do SDirLPM /, *(dia)* de *(mês)* de *(ano)*.

____
NOME COMPLETO - Posto
Identidade Militar - CRM
Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas
Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO Y - Roteiro para Anamnese Ocupacional.

Nome:
Nome Social:
Endereço:
Naturalidade:
Profissão:
Data de Nascimento: *Idade:*

ATIVIDADE ATUAL
1) Identificação da OM, da atividade e do local de trabalho.

2) Processo de produção: matérias-primas, instrumentos e máquinas, processos auxiliares, produto final, subproduto e resíduos, fluxograma de produção.

3) Organização do trabalho, jornada diária, pausas, férias, relacionamento com colegas e chefias. Percepção do inspecionado sobre seu trabalho, grau de satisfação, mecanismos de controle do ritmo e da produção.

4) Instalações da OM, área física, tipo de construção, ventilação e iluminação. Condições de conforto e higiene (banheiros, lavatórios, bebedouros, vestiário, refeitório, lazer, etc.).

5) Descrição da função ou do posto de trabalho em um dia típico de trabalho: o que faz, como faz, com que faz, quanto faz?

6) Presença de fatores de risco para a saúde: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, de acidentes e outros. Medidas de proteção coletiva e individual: existência, adequação, utilização e eficácia em relação aos riscos.

7) Recursos de saúde: realização de exames de seleção, controle periódico, atuação do Médico da OM, recursos de saúde, etc.

ATIVIDADES ANTERIORES

As mesmas questões deverão ser perguntadas sobre as atividades anteriores mais significativas, tanto pela presença de fatores de risco quanto pela duração da exposição.

Aspectos ambientais referentes à habitação anterior e atual, ocupação dos outros membros da família; atividades de lazer (pintura, escultura, armas de fogo, cerâmica, jardinagem, etc.); facilidades de saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de resíduos sólidos, etc.).

ANEXO Z - Modelo de Guia de Acompanhamento Médico para Atividade Pericial.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

GUIA DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES:		
Posto/Graduação:	Nome:	Nome Social:
Identidade:	Data de Nascimento:	Naturalidade:
Organização Militar:		CPF:

CLÍNICA RESPONSÁVEL: ____

Med Atd RESPONSÁVEL:____

RESUMO DO LAUDO ATUAL:____
____
____
____.

_____/_____/______

____
Nome- Posto do Med Atd
Idt - CRM

CONTROLE DAS CONSULTAS e PROCEDIMENTOS

Data do procedimento/consulta/ Retorno	Serviço/Clínicas	Assinat/carimbo do Profissional	Ciente do tratando

ANEXO AA - Parâmetros de Afastamentos por Motivos de Doença no Âmbito do Exército.

TABELA I
CIRURGIA VASCULAR

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
A 46	Erisipela simples	10 dias
A 46	Erisipela bolhosa	15 dias
I 80.0	Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores	30 dias
I 80.2	Trombose venosa profunda dos membros inferiores	30 dias
I 89.0	Linfedema	15 dias
L 97	Úlcera de estase	15 dias
PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA VASCULAR		
Z 54.0 + I 83	Cirurgia de varizes sem safenectomia	15 dias
Z 54.0 + I 83	Cirurgia de varizes com safenectomia	30 dias
Z 54.0 + I 71	Revascularização de membros inferiores	60 dias
Z 54 + G 99.1	Simpatectomia	30 dias
Z 54.0 + I 71	Aneurisma de aorta	60 dias

TABELA II
CARDIOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
I 01	Febre reumática com comprometimento do coração (Cardite reumática)	30 dias
I 10	Hipertensão arterial: PA até 150/120	2 dias
	Hipertensão arterial: PA acima de 150/110	7 dias
I 20	Angina instável	20 dias
I 21	Infarto agudo do Miocárdio sem complicação	30 dias
I 23	Infarto agudo do Miocárdio com complicação	60 dias
I 30	Pericardite aguda	30 dias
I 33	Endocardite aguda	60 dias
I 40	Miocardite aguda	60 dias
I 44	Bloqueio AV	10 dias
I 47	Taquicardia paroxística	5 dias
I 49	Outras arritmias (taquiarritmias)	5 dias
I 50	Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada	60 dias
PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA		
Z 13.6	Cateterismo	7 dias
Z 54.0	Revascularização miocárdica	90 dias
Z 54 + T 82.1	Troca de bateria do marca-passo	7 dias
Z 54 + T 82.0	Troca de válvula biológica	60 dias
	Troca de válvula metálica	90 dias
Z 95.0	Implante de marca-passo	15 dias
Z 95.5	Angioplastia sem complicação	15 dias
Z 95.5	Colocação de “stent” em angioplastia sem complicação	15 dias

TABELA III
DERMATOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
L 01	Impetigo / Impetiginização de outras dermatoses	7 dias
L 02	Abscesso cutâneo	7 dias
L 03	Celulite (flegmão)	10 dias
L 05	Cisto pilonidal (drenagem)	15 dias
L 08.0	Piodermite	7 dias
B 00.1	Herpes labial sem infecção secundária	3 dias
	Herpes labial com infecção secundária	7 dias
B 02.9	Herpes zoster	15 dias
L 20	Dermatite atópica quando agudizada	5 dias
L 40	Psoríase quando agudizada e extensa	10 dias
L 52	Eritema nodoso (para diagnóstico da doença de base)	15 dias
L 60.0	Unha encravada (após procedimento)	5 dias
L 98.0	Granuloma piogênico	5 dias
T 20 a T 25	Queimaduras e corrosões da superfície do corpo em 2° grau	5 dias
	Queimaduras e corrosões da superfície do corpo em 3° grau	15 dias
T 78.3	Urticária gigante	3 dias

TABELA IV
ENDOCRINOLOGIA

CID/10	**DESCRIÇÃO**	**PRAZO MÁXIMO**
E 03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10 dias
E 05	Hipertireoidismo (descompensado em tratamento clínico supressivo)	30 dias
	Hipertireoidismo (descompensado em tratamento radioterápico)	8 dias
E 06.1	Tireoidite sub-aguda	10 dias
E 10	Diabetes insulino dependente descompensado e sintomático	7 dias
E 11	Diabetes não insulino dependente descompensado e sintomático	10 dias
E 24	Síndrome de Cushing	30 dias
E 66.8	Obesidade mórbida (Cirúrgica)	30 dias
	Obesidade mórbida (clínico – avaliar comorbidades)	30 dias
E 89.2	Hipoparatireoidismo (pós-cirúrgico)	30 dias
Z 08 e Z 12.8	Exame de seguimento após tratamento por câncer de tireoide (PCI clássico)	30 dias

TABELA V
GASTROENTEROLOGIA

CID/10	**DESCRIÇÃO**	**PRAZO MÁXIMO**
K21.0	Esofagite de refluxo	2 dias
K 22.1	Esofagite erosiva com sangramento	7 dias
I 85.0	Varizes de esôfago com sangramento	7 dias
K 25 e K 26	Úlcera gástrica ou duodenal	5 dias
K 25.4	Úlcera gástrica com sangramento	10 dias

K 29	Gastrite	2 dias
K 29.0	Gastrite aguda erosiva com sangramento	7 dias
K 50	Doença de Crohn em atividade	10 dias
K 51	Retocolite ulcerativa em atividade	15 dias
K 57	Doença diverticular do intestino em atividade	7 dias
A 05/08/09	Gastroenterocolites	2 dias
I 84	Hemorroidas	5 dias
K 60	Fissura das regiões anal e retal	5 dias
K 61	Abscesso das regiões anal e retal	7 dias
K 80.0	Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda	7 dias
B 15/16/17/18 e K 70.1	Hepatites: virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30 dias
C 02/06/15/16/18/22/25	Neoplasia ressecável de Boca, Língua, esôfago, estômago, cólon, fígado e pâncreas	90 dias

TABELA VI
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
N 61	Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados a infecção)	7 dias
N 63	Nódulo mamário, quando cirúrgico	10 dias
N 70	Salpingite e ooforite quando agudas	7 dias
N 73	Doença inflamatória pélvica (Parametrite, celulite pélvica e pelviperitonite)	15 dias
N 75	Doença da glândula de Bartholin (bartholinite)	7 dias
N 76.4	Abscesso vulvar	10 dias
N 80	Endometriose (com sintomatologia)	3 dias
N 88.3	Incompetência istmo-cervical	90 dias
N 92	Metrorragia (com doença de base: mioma, adenomiose, pólipo endometrial)	3 dias
O 00	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	15 dias
	Gravidez ectópica (em caso de laparotomia)	30 dias
O 01	Mola hidatiforme (em caso de curetagem)	10 dias
O 06	Aborto (em caso de curetagem)	10 dias
	Aborto (em caso de microcesária)	30 dias
O 10	Hipertensão pré-existente complicando gravidez	15 dias
O 13/14	Pré-eclampsia	15 dias
O 20	Ameaça de aborto	15 dias
O 21	Hiperêmese gravídica	3 dias
O 22	Complicações venosas na gravidez (Tromboflebite)	15 dias
O 23	Infecções urinárias na gestação	10 dias
O 24	Diabetes na gestação	10 dias
O 44	Placenta prévia	15 dias
O 60	Trabalho de parto prematuro	15 dias
PÓS-OPERATÓRIO		
	Histerectomia total abdominal	45 dias
	Histerectomia subtotal	30 dias

	Histerectomia vaginal	30 dias
Z 54.0 + D 25	Miomectomia convencional	30 dias
Z 54.0 + D 25	Miomectomia videolaparoscópica	15 dias
	Anexectomia / ooforectomia convencional	30 dias
	Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica	15 dias
Z 54.0 + N 81	Colpoperineoplastia	30 dias
	Curetagem de prova	5 dias
Z 54.0 + N 75	Bartholinectomia	15 dias
Z54.0 + N 63	Exérese de nódulo mamário	10 dias
Z 54.0 + C 50	Quadrantectomia mamária	30 dias
Z 54.0 + C 50	Mastectomia	40 dias

TABELA VII
INFECTOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
A 15.0	Tuberculose pulmonar	30 dias
A 90	Dengue clássica	7 dias
B 06	Rubéola	7 dias
B 15 a 17	Hepatites virais	30 dias
B 26	Caxumba	10 dias

TABELA VIII
NEUROLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
G 00	Meningite bacteriana	20 dias
G 02.0	Outras meningites (virais)	10 dias
G 05	Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60 dias
G 20	Doença de Parkinson	30 dias
G 21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30 dias
G 35	Esclerose múltipla (crise de agudização)	30 dias
G 40	Epilepsia (crise isolada)	5 dias
G 43	Enxaqueca	2 dias
G 45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15 dias
G 50.0	Nevralgia do trigemeo	15 dias
G 53.0	Nevralgia pós-zoster	15 dias
G 56.0	Síndrome do túnel do carpo moderada e grave	15 dias
G 57.0	Lesão do nervo ciático	15 dias
G 58.0	Neuropatia intercostal	15 dias
G 61	Polineuropatia inflamatória (Síndrome de Guillain-Barré)	60 dias
G 62.1	Polineuropatia alcoólica	60 dias
G 63.3	Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas	60 dias
G 70.0	Miastenia gravis	60 dias
M 43.6	Torcicolo	3 dias
M 50 e M 51	Transtorno dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais	15 dias

M 54.3	Ciática	15 dias

TABELA IX
OFTALMOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
H 01	Blefarite infecciosa	3 dias
H 04.0	Dacriadenite	7 dias
H 04.3	Dacriocistite aguda	7 dias
	Canaliculite	5 dias
H 05	Transtornos da órbita (celulite)	15 dias
H 10	Conjuntivite	5 dias
H 10.5	Blefaroconjuntivite	7 dias
H 15	Transtornos da esclerótica	7 dias
H 16.0	Úlcera de córnea	7 dias
H 16.1	Ceratite sem conjuntivite	5 dias
H 16.2	Ceratoconjuntivite	7 dias
H 16.3	Ceratite interna e profunda	10 dias
H 20	Iridociclite	15 dias
H 30	Inflamações corioretinianas (uveíte posterior)	30 dias
H 33	Descolamentos e defeitos da retina	30 dias
H 34	Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão)	30 dias
H 35	Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15 dias
H 35.6	Hemorragia retiniana	30 dias
H 36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15 dias
H 40	Glaucoma	15 dias
H 43.1	Hemorragia do humor vítreo	30 dias
H 44.0	Endoftalmia purulenta	30 dias
H 46	Neurite óptica	30 dias

PROCEDIMENTOS E PÓS-OPERATÓRIOS EM OFTALMOLOGIA

Z 54.0 ou Z 41	Blefaroplastia	7 dias
Z 54.0 + H 04	Cirurgia do aparelho lacrimal	10 dias
Z 54.0 + H 11.0	Cirurgia para exérese de pterígio	10 dias
Z 94.7	Transplante de córnea	30 dias
Z 48.0 + W 44	Retirada de corpo estranho de córnea	3 dias
Z 48 + H 16	Retirada de corpo estranho de córnea com úlcera de córnea	7 dias
Z 54.0 + H 28	Cirurgia de catarata	30 dias
Z 54.0 + H 33	Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina	60 dias
Z 54.0 + H 40	Cirurgia para correção de glaucoma	30 dias
Z 54.0 + H 52	Cirurgia para correção de vício de refração	3 dias
Z 54.0 + H 49	Cirurgia para correção de estrabismo	10 dias

TABELA X
ORTOPEDIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
M 13.0	Poliartrite não especificada	10 dias

M 13.2	Artrite não especificada	10 dias
M 22.4	Condromalácia da rótula	15 dias
M 23	Transtornos internos do joelho	15 dias
M 25.4	Derrame articular	15 dias
M 43.1	Espondilolistese com sintomatologia	15 dias
M 50/51	Transtornos dos discos vertebrais com radiculopatia	15 dias
M 54.2	Cervicalgia	3 dias
M 54.4	Lombociatalgias agudas	15 dias
M 54.5	Lombalgias	5 dias
M 62.6	Distensão muscular	10 dias
M 65	Sinovite e tenossinovite	7 dias
M 71.2	Cisto sinovial do espaço poplíteo com sintomatologia	5 dias
M 71.9	Bursopatia não especificada	15 dias
M 72.2	Fasciíte plantar	10 dias
M 75.1 e M 75.4	Lesões do ombro	30 dias
M 86	Osteomielite	30 dias
M 90.0	Tuberculose óssea em atividade	60 dias
M 96.1	Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídio)	30 dias
S 63.5	Entorse do punho	7 dias
S 83	Entorse do joelho	7 dias
S 93	Entorse do tornozelo	7 dias
S 43	Luxação do ombro/clavícula/braço	30 dias
S 53.1	Luxação do cotovelo	30 dias
S 63.1	Luxação dos dedos da mão	15 dias
S 73.0	Luxação do quadril	60 dias
S 93.0	Luxação tíbio-társica (tornozelo)	60 dias
FRATURAS DO MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZAÇÃO		
S 42	Ombro e braço	30 dias
S 52	Antebraço (rádio e ulna)	45 dias
S 52.0	Olécrano	45 dias
S 62.0	Escafóide	60 dias
S 62.6	Falanges	15 dias
S 62.3	Metacarpiano	30 dias
FRATURAS DO MEMBRO INFERIOR COM IMOBILIZAÇÃO		
S 72.0	Colo do fêmur	90 dias
S 72.8	Supra-condiliana do fêmur	60 dias
S 82.0	Rótula	30 dias
S 82.1	Platô tibial	45 dias
S 82.2/82.3	Tíbia	60 dias
S 82.4	Fíbula	30 dias
S 82.5/82.6	Maléolo	60 dias
S 92.0	Calcâneo	60 dias
S 92.2	Ossos do tarso	30 dias
S 92.5	Pododáctilos	15 dias
FRATURAS DA COLUNA VERTEBRAL E ARCOS COSTAIS		
S 12.9	Vértebras cervicais	60 dias

S 22.0	Vértebras torácicas com imobilização	30 dias
S 22.3	Arco costal	20 dias
S 32.0	Vértebras lombares com imobilização	30 dias

TABELA XI
OTORRINOLARINGOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
BOCA E GLÂNDULAS SALIVARES		
K 11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3 dias
K 12	Estomatites	3 dias
B 26.8	Parotidite epidêmica com complicações	20 dias
B 26.9	Parotidite epidêmica sem complicações	10 dias
VIAS AÉREAS SUPERIORES		
J 00	Infecção de Vias Aéreas Superiores	3 dias
J 01	Sinusopatia aguda	5 dias
J 02	Faringite aguda viral	3 dias
J 03	Amigdalite aguda viral	3 dias
	Amigdalite aguda bacteriana	7 dias
J 04	Laringite ou traqueíte aguda viral	3 dias
	Laringite ou traqueite aguda bacteriana	7 dias
J 30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização	3 dias
J 36	Abscesso amigdaliano	10 dias
R 49.0	Disfonia sem outras alterações	3 dias
OUVIDOS		
G 51.0	Paralisia facial periférica (Paralisia de Bell)	30 dias
H 60	Otite externa aguda (quadros severos e dolorosos)	3 dias
H 65	Otite média aguda não supurada	5 dias
H 66	Otite média aguda supurada	3 dias
H 82	Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte (em crise de agudização)	15 dias
H 91	Surdez súbita	30 dias
PÓS-OPERATÓRIO		
Z 54.0 + J 35	Amidalectomia	10 dias
Z 54.0 + J 34.2	Septoplastia por desvio de septo	21 dias p/ militares
Z 54.0 + H 72/H73	Timpanoplastia	20 dias
Z 54.0 + H 80	Estapedectomias	30 dias
Z 54.0 + H 63/70	Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias	30 dias
Z 54.0 + G 51	Descompressão do nervo facial	30 dias
Z 54.0 + H 93.3	Exérese de neurinoma do nervo acústico	90 dias
Z 54.0 + H 65	Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação	5 dias
Z 54.0 + J 34.3	Turbinectomia	15 dias

Z 54.0 + J 38	Cirurgia de cordas vocais	30 dias

TABELA XII
PNEUMOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
A 15	Tuberculose respiratória	30 dias
A 15.6	Derrame pleural por tuberculose	20 dias
J 11	Gripe não complicada	3 dias
J 12 a J 16	Pneumonia	10 dias
J 18.0	Broncopneumonia	10 dias
J 20	Bronquite aguda	5 dias
J 21	Bronquiolite	7 dias
J 41	Bronquite crônica (agudização)	10 dias
J 44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7 dias
J 45	Asma (crise)	5 dias
J 47	Bronquiectasia (infectada)	15 dias
J 85.1	Pneumonia com abscesso	30 dias
J 85.2	Abscesso do pulmão	30 dias
J 91	Pneumonia com derrame	20 dias
J 93	Pneumotórax	15 dias
C 34	Câncer de pulmão ressecável	90 dias

TABELA XIII
REUMATOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
M 05	Artrite reumatóide em atividade	15 dias
M 10	Artrite gotosa	8 dias
M 32	Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)	15 dias
M 79.0	Fibromialgia (quadro doloroso inicial)	20 dias

TABELA XIV
TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
F 04 A F 09	Transtornos mentais orgânicos incluindo sintomáticos	30 dias
F 10 a F 19	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas – Intoxicação aguda	5 dias
	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas – Demais situações	30 dias
F 20 a F 29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	30 dias
F 31	Transtorno afetivo bipolar	30 dias
F 32	Episódio depressivo	20 dias
F 40	Transtornos fóbicos ansiosos	30 dias
F 41	Outros transtornos ansiosos (Síndrome do pânico)	30 dias

F 42	Transtorno obsessivo compulsivo	30 dias
F 43	Reação a estresse grave e Transtorno de adaptação	15 dias
F 44	Transtornos dissociativos ou conversivos	15 dias
F 45	Transtornos somatoformes	15 dias
F 48	Outros transtornos neuróticos	10 dias
F 50	Transtornos de alimentação	20 dias
F 53.1	Psicose puerperal	30 dias

TABELA XV
TRAUMATOLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
Z 54.0 + S 86.0	Tenorrafia de tendão de Aquiles	90 dias
Z 54.0 + s 63.3	Tenorrafia do punho e da mão	40 dias
Z 54.0 + S 46	Tenorrafia do ombro	60 dias
Z 54.0 + S 83	Tenorrafia aberta do joelho	60 dias
Z 01.8	Artroscopia diagnóstica	7 dias
Z 01.8	Artroscopia para reparação ligamentar	60 dias
Z 01.8	Artroscopia para outros procedimentos	30 dias
Z 54.0 + G 56.0	Cirurgia por Síndrome do Túnel do Carpo	30 dias
Z 54.0 + T 12	Osteossíntese de fêmur	90 dias
Z 54.0 + T 12	Osteossíntese de tíbia	90 dias
Z 54.0 + M 20.1	Cirurgia para correção de joanete (halux valgo)	45 dias
Z 54.0 + S 83.0	Realinhamento de patela	45 dias
Z 54.0 + S 43	Luxação recidivante de ombro	60 dias
Z 54.0 + M 71.3	Retirada de cisto sinovial de punho	15 dias
Z 54.0 + S 82.0	Cirurgia da rótula com osteossíntese	45 dias
FRATURAS CIRÚRGICAS		
Z 54.0 + S 12.9	Coluna cervical	90 dias
Z 54.0 + S 32	Bacia	60 dias
Z 54.0 + S 32.0	Coluna lombar	90 dias
Z 54.0 + S 42.0	Clavícula	45 dias
Z 54.0 + S 42.2/S 42.3/ S 52.0/S 52.9	Úmero e cotovelo	60 dias
Z 54.0 + S 52.5	Rádio e/ou ulna	45 dias
Z 54.0 + S 62.0	Escafóide	60 dias
Z 54.0 + S 62.3	Metacarpianos	45 dias
Z 54.0 + S 62.6	Falange	30 dias
Z 54.0 + S 72.0	Quadril (colo de fêmur)	90 dias
Z 54.0 + S 82.1/S 82.4	Tíbia e/ou fíbula	60 dias
Z 54.0 + S 92.3	Metatarsianos	30 dias
	Artroplastias	90 dias
	Fraturas expostas de osso longo	90 dias

	Fraturas expostas de ossos em extremidades	20 dias

TABELA XVI
UROLOGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
N 00 a N 03	Glomerulonefrite	20 dias
N 04	Síndrome nefrótica	60 dias
N 10 a N 16	Pielonefrite	14 dias
N 13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7 dias
N 17	Insuficiência renal aguda	90 dias
N 20	Calculose renal	7 dias
N 30	Cistite	3 dias
N 34	Uretrites	3 dias
N 40	Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10 dias
N 41.0	Prostatite aguda	7 dias
N 45	Orquite e epididimite	21 dias
CIRURGIAS UROLÓGICAS		
Z 54.0 + N 47	Postectomia	7 dias
Z 54.0 + N 43	Hidrocelectomia	15 dias
Z 54.0 + I 86.1	Varicocelectomia	14 dias
	Ressecção transuretral de próstata	30 dias
	Prostatectomia transvesical ou retropúbica	45 dias
	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10 dias
Z 54.0 + N 35	Uretrotomia interna (estenose de uretra)	30 dias
	Nefrectomia	60 dias
Z 54.0 + N 20 a N 23	Nefrolitotomia	60 dias
Z 54.0 + N 20 a N 23	Ureterolitotomia	60 dias
Z 54.0 + N 20 a N 23	Retirada de cálculo por via endoscópica	7 dias
Z 54.0 + N 20 a N 23	Litotripsia extra-corpórea	5 dias
Z 54.0 + N 21.0	Cistolitotomia	30 dias
Z 54.0 + N 29.8	Ureterocistoplastia	40 dias
Z 54.0 + Q 54	Correção de hipospádia	30 dias
	Orquiectomia	10 dias
Z 41	Vasectomia	3 dias

TABELA XVII
CIRURGIA

CID/10	DESCRIÇÃO	PRAZO MÁXIMO
Z 54.0 + K 80.0	Colecistectomia convencional	30 dias

Z 54.0 + K 80.0	Colecistectomia videolaparoscópica	15 dias
Z 54.0 + I 84	Hemorroidectomia (convencional)	30 dias
Z 54.0 + K 60	Fistulectomia	30 dias
Z 54.0 + K 35.1	Apendicectomia	30 dias
Z 54.0 + K 43	Herniorrafia epigástrica	20 dias
Z 54.0 + K 40	Herniorrafia inguinal	30 dias
Z 54.0 + K 40	Herniorrafia inguino-escrotal	30 dias
Z 54.0 + K 42	Herniorrafia umbilical	15 dias
Z 54.0 + K 40 a 46	Herniorrafia incisional	30 dias
Z 54.0 + K 40 a 46	Herniorrafia por videolaparoscopia	15 dias
	Tireoidectomia total	30 dias
	Tireoidectomia parcial	15 dias

ANEXO AB - Modelo de DIEx de Apresentação para Inspeção de Saúde de Servidor Público.

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

DIEx nº XXX – XXX/XXX/XXXXX
EB: 00000.000000/0000-00 **(NUP/NUD)**
PRIORIDADE

Local e data.

Do XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Ao Sr XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Assunto: inspeção de saúde
Referência: BI ou Doc Of que publicou a Ord de Insp
Anexo: AO, ISO e outros Doc, se for o caso

Apresento a esse AMP, com a finalidade de realização de inspeção de saúde para fim de _________________, conforme publicado no expediente supra-referenciado, o (a) Servidor (a) Público (nome social, se for o caso)____, e portador dos seguintes dados pessoais:

a. Nr da Identidade:

b. Matrícula;

c. Endereço:

d. Nr CPF:

e. Data de Nascimento:

f. Filiação:

g. Endereço eletrônico (facultativo):

h. Início / Término de LTS:
1) Trata-se da (1ª, 2ª, 3ª) prorrogação da LTS.
2) Início da 1ª concessão: ____/_______/____.

i. das funções e atividades desempenhadas pelo servidor naquela OM:

j. o período de trabalho do servidor, bem como se trabalha em horário especial e desde quando**:**

k. se já foi readaptado**,** ou se está desviado de função (caso afirmativo, desde quando e qual (is) atividade (s) vem desenvolvendo):

l. o meio de transporte utilizado para se deslocar da residência para o trabalho, e vice- versa:

m. potenciais riscos, inclusive ambientais (operar com máquinas de precisão, que gerem ruídos elevados, irradiação, esforços repetitivos desempenhados que possam contribuir para a instalação ou piora da perturbação mórbida percebida pela Chefia e/ou demais servidores que trabalham no mesmo ambiente de trabalho, bem como quando desenvolver esforços físicos intensos julgados de interesse para o conhecimento do AMP):

n. análise ergonômica geral do ambiente de trabalho do servidor civil:

o. a existência (ou não) de Prontuário Médico ou tratamento em vigência no âmbito do Exército e outra instituição da Administração Pública:

p. a existência (ou não) de Atestado de Origem atinente ao servidor civil, e, em caso positivo, enviá-lo juntamente ao ofício.

____

Cmt / Dir / Ch

ANEXO AC - Modelo de Cópia de Ata Homologatória.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

CÓPIA DE ATA HOMOLOGATÓRIA: nº ____/ 20____

<table>
<tr><td colspan="5">A JISR/ __ª RM (   ) homologou na sessão XXX/20__ a inspeção de saúde realizada pelo MPGu/ ______ (   ) no(a) abaixo identificado(a), que lhe foi encaminhada por ordem superior, com o seguinte teor:</td></tr>
<tr><td colspan="5">IDENTIFICAÇÃO:</td></tr>
<tr><td>Posto/ Grad:</td><td>Nome:</td><td>Nome social:</td><td>Situação:</td><td>Categoria:</td></tr>
<tr><td>Identidade:</td><td colspan="2">Data de Nascimento: / /</td><td>Naturalidade:</td><td>CPF:</td></tr>
<tr><td colspan="5">DADOS COMPLEMENTARES:</td></tr>
<tr><td>Organização Militar:</td><td colspan="4">Documento de Encaminhamento:</td></tr>
<tr><td colspan="5">FINALIDADE:</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC):</td></tr>
<tr><td>Peso (Kg):</td><td>Altura (m):</td><td>IMC:</td><td colspan="2">Classificação:</td></tr>
<tr><td colspan="5">DIAGNÓSTICOS:</td></tr>
<tr><td colspan="5">I. / CID-10.</td></tr>
<tr><td colspan="5">PARECER:</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">Diagnóstico(s) utilizado(s) para emissão do Parecer:</td></tr>
<tr><td colspan="5">OBSERVAÇÃO:</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">Sala de Sessões JISR/ __ª RM (   ) sexta-feira, __ de ______ de 20__
____
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx , Maj, Idt:xxxxxxxxxx/MD , CRM:xxxxx – Presidente

____
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx , Cap, Idt:xxxxxxxxxx/MD , CRM:xxxxx – Membro

____
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx , 1º Ten, Idt:xxxxxxxxxx/MD , CRM:xxxxx – Secretário</td></tr>
</table>

Confere com a original, em __ / __ / ____

____
Presidente da JISR

Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO AD - Modelo de Relatório de “De cujus” para Alteração da Base Cálculo de Pensão.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

MÉDICO PERITO DE GUARNIÇÃO MPGu /______(Gu) (Hosp/OM)
RELATÓRIO DE "DE CUJUS" xxxx / _____
Sessão xxx / ______

1. CABEÇALHO:		
Posto ou Grad:	**Nome do "de cujus":**	**Situação:**
Identidade:	**Data de Nascimento:**	**Naturalidade:**
DADOS COMPLEMENTARES:		
Organização Militar:	**Documento de Encaminhamento:**	
2. PARTE EXPOSITIVA:		
a) Processo em que o(a)(s) ________, na condição de pensionista (viúva) do ex-militar___________, requer melhoria de pensão.		
b) Analisando a documentação nosológica: (folhas __) ,		
3. CONCLUSÃO: Do exposto, este AMP faz as seguintes observações:		
a) DATA DE ÓBITO:		
b) CAUSA MORTIS:		
c) MÉDICO ATESTANTE:		
d) REGISTRADO NO LIVRO:		
e) DIAGNÓSTICOS:		
4. PARECER: Se vivo fosse, o militar era:		
Diagnóstico(s) utilizado(s) para emissão do Parecer: /		
5. OBSERVAÇÃO:		

Sala de Sessões AMP , ___ de ________________ de ______

____

XXXXXXXXXXXXX , Maj, Idt:XXXXXXXXX , CRM: XXXXXXXX

Informação Pessoal – Acesso Restrito

ANEXO AE - Modelo de Relatório para Verificação de Nexo Causal “Post-Mortem”.

Informação Pessoal – Acesso Restrito

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
NOME DA OM
(DENOMINAÇÃO HISTÓRICA)

MÉDICO PERITO DE GUARNIÇÃO MPGu/________(Gu) (Hosp/OM)

RELATÓRIO PARA VERIFICAÇÃO DE NEXO CAUSAL “POST-MORTEM” ___ /___ Sessão xxx / ______

1. CABEÇALHO:		
Posto ou Grad:	**Nome do "de cujus":**	**Situação:**
Identidade:	**Data de Nascimento:**	**Naturalidade:**
DADOS COMPLEMENTARES:		
Organização Militar:	**Documento de Encaminhamento:**	
2. PARTE EXPOSITIVA:		
Analisando a documentação nosológica: (folhas ________________________) ,		
3. CONCLUSÃO: **Do exposto, este AMP faz as seguintes observações:**		
a) DATA DE ÓBITO:		
b) CAUSA MORTIS:		
c) MÉDICO ATESTANTE:		
d) REGISTRADO NO LIVRO:		
e) DIAGNÓSTICOS:		
4. PARECER:		
Diagnóstico(s) utilizado(s) para emissão do Parecer:		
5. OBSERVAÇÃO:		

Sala de Sessões AMP , ____/ ________________ / ____

____
XXXXXXXXXXXXX , Postpo Idt:XXXXXXXXX , CRM: XXXXXXXX

Informação Pessoal – Acesso Restrito

.

Anexo AF - Modelo de Termo de Responsabilidade.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

NOME DO SERVIDOR, NOME SOCIAL, CPF, servidor(a) do (ÓRGÃO/ENTIDADE) lotado no (LOCAL DE LOTAÇÃO), vem por meio deste Termo declarar sua recusa em submeter-se aos procedimentos necessários à realização do exame periódico, do ano de (Nº DO ANO), estando ciente de que poderá reconsiderar sua decisão no prazo de até 30 (trinta) dias decorridos da data de assinatura deste Termo.

(CIDADE, DIA, MÊS E ANO)

____

Assinatura do servidor declarante

____

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

Declaro que o servidor acima citado recusa-se a participar do programa de exame médico periódico, bem como a assinar o presente termo de responsabilidade.

(CIDADE, DIA, MÊS E ANO)

____

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

____

Testemunha

____

Testemunha

Anexo AG - Parâmetros para Concessão/Revisão do Benefício Tributário de Isenção do Recolhimento Imposto de Renda.

MOLÉSTIA	Prazo de validade do laudo
Alienação mental	Indeterminado
Cardiopatia grave	Indeterminado
Cegueira	Indeterminado
Contaminação por irradiação ionizante	Indeterminado
Mal de Parkinson	Indeterminado
Esclerose múltipla	Indeterminado
Espondilite anquilosante	Indeterminado
Estados avançados da doença de Paget	Indeterminado
Fibrose cística	Indeterminado
Hanseníase na forma paucibacilar	01 (um) ano
Hanseníase na forma multibacilar	02 (dois) anos
Hepatopatia grave	Indeterminado
Nefropatia grave	Indeterminado
Neoplasia maligna resultando invalidez	Indeterminado
Neoplasia maligna em tratamento paliativo	Indeterminado
Neoplasia maligna passível de cura ou controle	05 (cinco) anos
Paralisia irreversível e incapacitante	Indeterminado
Pênfigos	05 (cinco) anos
Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS)	Indeterminado
Tuberculose ativa	06 (seis) meses

A Administração deve observar as recomendações vigentes da PGFN/RF/Ministério da Fazenda, orientado não suspender o benefício com base no prazo de validade do laudo médico pericial, na contemporaneidade dos sintomas e/ou na recidiva da moléstia grave.

ANEXO AH - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu,_______________________________________ fui devidamente esclarecido e concordo com a importância de realizar e saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito, conforme RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DE Nº 2/2016, que dispõe sobre a conveniência e oportunidade de os médicos oferecerem aos pacientes, em consulta médica, a solicitação de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los sobre a prevenção destas infecções, bem como dispor de informações quando solicitadas ao profissional que ora me atende na escuta de acolhimento pré e pós teste realizado.

Brasília, DF, ________ de ________ de ________ .

____

Nome e Assinatura.